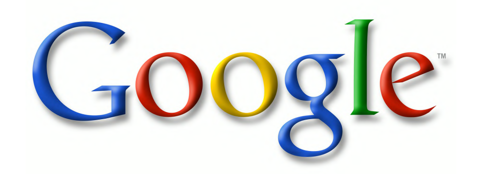
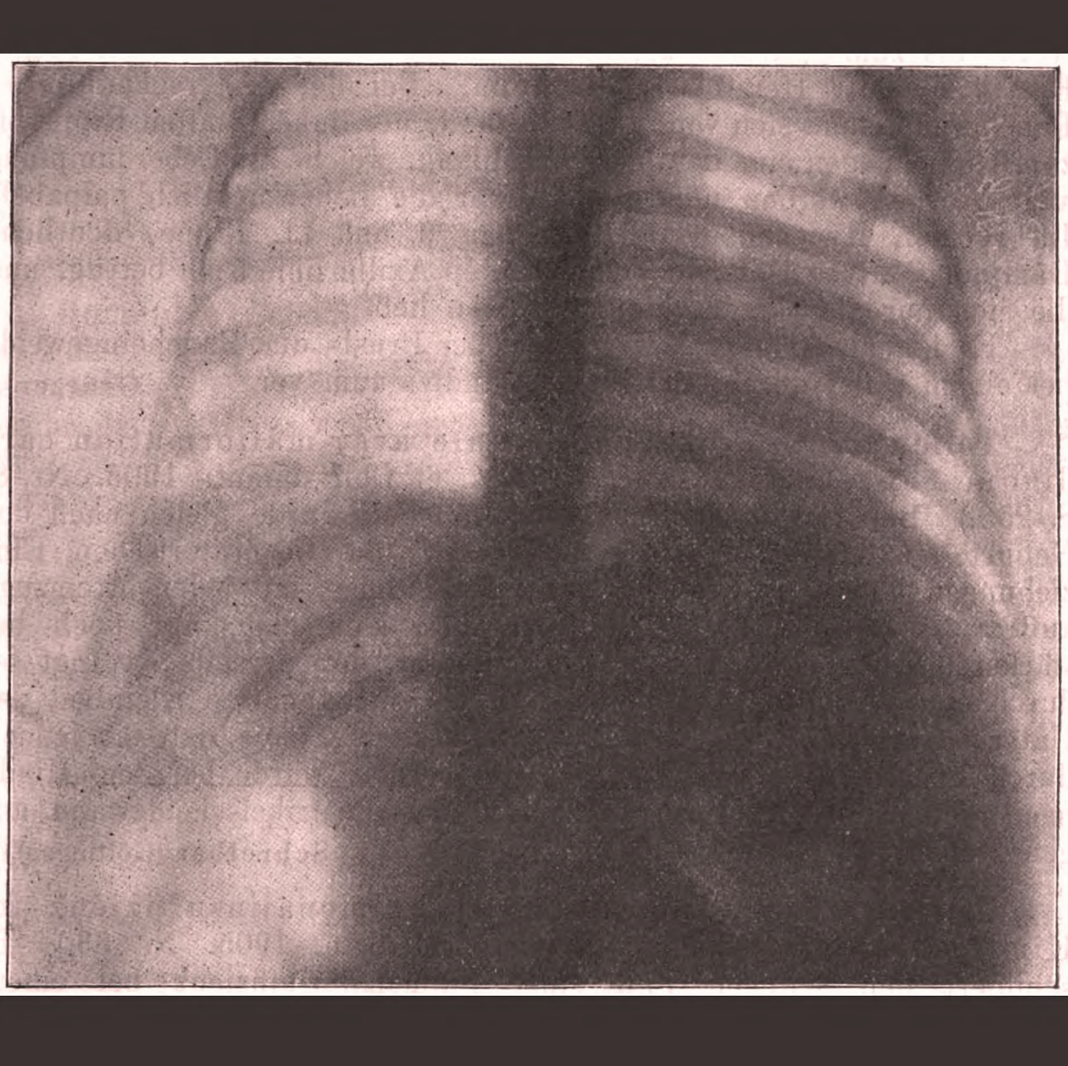
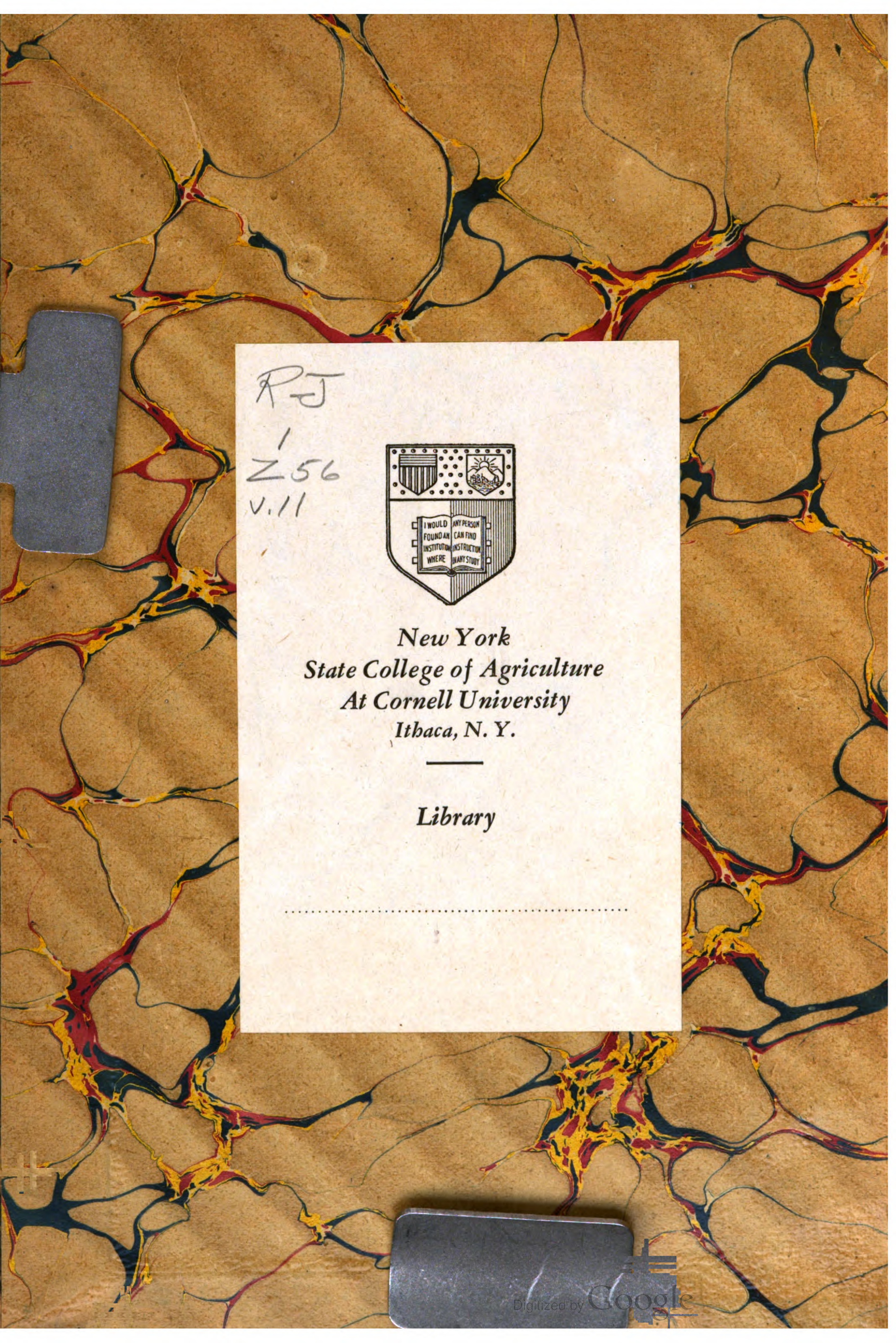




Zentralblatt für Kinderheilkunde



R-J
1
Z56
v.11
I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY
New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.
Library
Digitized by Google


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 071 037 299
JUN 21 1948
Digitized by Google

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

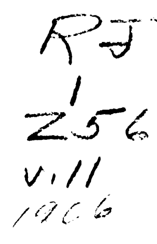
VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER.
PRAKT. ARZT IN FRIEDENAU-BERLIN.

II. JAHRGANG 1906.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1906.



Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis des XI. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

XI. Jahrgang. Januar 1906. Nr. 1.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik.



Centralblatt für
Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Januar 1906. No. 1.

I. Originalbeiträge.

Über Verdauungsstörungen künstlich genährter Kinder.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

An zwei Klippen scheitert leicht das Bemühen, das Kind ohne Frauenmilch mit der Flasche aufzuziehen. Einerseits ist es das Kasein der Kuhmilch, das in seiner kompakt-klumpigen Gerinnung den Verdauungssäften des Magens und Darms viel schwerer zugänglich ist, als das zartflockige Kasein der Frauenmilch, sich von dem letzteren auch durch schwerere Löslichkeit, durch Zurückbleiben eines „schädlichen Eiweißstoffes" unterscheidet. Andererseits ist es oft der Überschuß von Fett, welchen der kindliche Darm nicht zu bewältigen vermag, vielmehr in Gestalt der berüchtigten Fettdiarrhöe wieder ausscheidet. Im ersteren Falle ist die Rahmarmut der Kuhmilch, im letzteren ein Rahmüberschuß als ursächliches Moment für Verdauungsstörungen mit Recht bezeichnet worden, Störungen, welche manches Kind mit langwierigen Magendarmleiden und mit Atrophie, oft sogar mit dem Leben bezahlen muss.

Für das Kind in den ersten zwei Lebensjahren ist aber jede Störung seiner Ernährung eine ernste, kritische Sache, mag nun ein Fehler in der qualitativen Zusammensetzung und Bereitung der Kuhmilch oder ein „Zuviel" der Portionen daran Schuld sein. Jede unphysiologische Ernährung rächt sich, und zwar um so bedenklicher, je weiter sich die künstliche Ernährung von der natürlichen durch Frauenmilch entfernt, je weniger sie dem in dieser uns gegebenen Vorbilde entspricht. Gewiß ist auch die Anwesenheit von pathogenen Keimen eine häufige Krankeitsursache, während die Gefahr der nichtpathogenen Milchkeime, die früher stark überschätzt wurde, jetzt als geringer gilt. Sagt doch selbst Biedert in seinem klassischen Werke über Kindererziehung (5. Aufl. S. 185): „Es kommt auf eine Handvoll Pilze nicht so sehr an." Viel wichtiger ist nach ihm die „Überfütterung" und der ungenügende Ausgleich der Differenzen zwischen Kuh- und Frauenmilch.

In dem Eiweiß der Kuhmilch, dem Kasein, erblickt auch Biedert, gleich vielen anderen Forschern, einen Bestandteil der Kindernahrung, den die Verdauungsorgane nur schwierig und unvollkommen zur Lösung und zur Resorption bringen können. Hier Abhilfe zu schaffen, regulierte er zunächst aufs sorgfältigste die Ver-

dünnung mit Zusatzflüssigkeit (Wasser, Schleim etc.); sodann aber ersann er die beste Methode der Fettanreicherung, das Rahmgemenge, bzw. seine „Ramogen“ genannte Rahmkonserve. Während die Verdünnung das übergroße Quantum des Kuhkaseins herabsetzt, es dem kindlichen Organismus proportional besser anpaßt, ist die Vermehrung des Milchfettes teils zur Erhöhung des Nährwertes bestimmt, teils geeignet, eine bessere Ausnutzung des Kaseins zu bewirken, indem es sich zwischen die Kaseinmassen einlagert, den Verdauungssäften (Magensaft, Galle, Pankreasstoff usw.) also vermehrte Angriffsflächen bietet, das Peptonisieren unterstützt.

Freilich liegt die Gefahr nahe, daß man durch diesen Rahmzusatz mehr schadet als nützt, wenn man sich nicht genau an Biederts Berechnungen und Vorschriften hält und wenn man schematisch anstatt individualisierend verfahren will. Eine Schablone anzugeben, lag nicht in der Absicht dieses Autors. Im Gegenteil weist er überall darauf hin, daß man die Nahrung nach dem Alter, dem Ernährungszustande, der Verdauungskraft, der Abwesenheit pathologischer Veränderungen im Stuhl usw. zu modifizieren hat.

Das punctum saliens ist also, das Kuhkasein, während Magensaft und Lab auf dasselbe einwirken, so zu beeinflussen, daß ein lockeres, lückenreiches Gefüge entsteht, kein fester Klumpen. Dies erreicht man nun erfahrungsgemäß durch Vermehrung des Milchfettes mittels Rahm oder Fettmilch, aber zugleich auch in trefflicher Weise bei Kindern vom 5.—6. Monat an durch Beigabe von dextriniertem Kindermehl oder wohl noch besser von dem Milchzwiebackpulver, das nun einmal unter dem nicht ganz korrekten Namen Nestle-Mehl bekannt ist, obwohl es die Bezeichnung Mehl nicht verdient. Dies altbewährte Präparat, das ja lediglich aus zu Pulverkonsistenz kondensierter Schweizermilch, Zucker und fein vermahlenem Weizenzwieback besteht, lagert sich, mit Kuhmilch gekocht, sehr gut in deren Gerinnsel ein und hat in dieser Beziehung eine analoge Wirkung wie das Milchfett, indem es mechanisch ein zu dichtes Aneinanderlagern der Kaseinklümpchen verhindert. Ähnelt das Kuhmilchkäsegerinnsel ohne solche Interpolation etwa einem Stück feuchten, undurchlässigen Tones, so erinnert es, wenn Rahm oder Nestle der Milch zugesetzt war, mehr an einen Schwamm, zu dessen Gerüst die Lücken den Zutritt jeder Flüssigkeit ermöglichen.

Die Fettdiarrhöe, deren Bedeutung jeder Kinderarzt vollkommen würdigt, kann bekanntlich sehr hohe Grade erreichen. Der Gehalt des Stuhles an einzelnen oder konfluierten Fettmengen sowie an Fettnadeln kann bis zu 80 % betragen. Die mikroskopische Untersuchung der Fäzes gibt ein deutliches Bild von den Fettmassen, die bisweilen unausgenutzt, unverdaut wieder ausgeschieden werden, wenn die Kuhmilch nicht absolut, aber für das betreffende Kind von Haus aus zu fettreich oder durch Rahm in allzustarker Weise (vorschriftswidrig) mit Fett angereichert war. Da Fett — ebenso wie Eiweiß — nur bis zu einem gewissen Prozentsatze resorbierbar ist, so verbleibt, analog dem „schädlichen Eiweißrest“ ein ebensolcher „schädlicher Fettrest“. Ersterer geht im alkalischen Darm Fäulnisprozesse ein, reizt den Darm, verursacht Enteritis oder Darmkatarrh, letzterer erfährt im

Darm Zersetzung in Fettsäuren und reizt auf diese Weise die Schleimhaut, bewirkt Vermehrung der Peristaltik und der Darmsekretion, führt zu diarrhoischen Fettstühlen.

Biedert hat dies sehr wohl erkannt und wiederholt geraten, zunächst zur Einschränkung des Fettes in der Nahrung, dann zur Verdünnung derselben mit schleimigen Vehikeln zu schreiten. Außerdem aber sagt er sehr zutreffend (l. c. S. 229): „Reine Abkochung fettarmer Mehle, z. B. des Nestle, habe ich (bei Fettdiarrhöe) zu einer Erholung des Darms führen sehen, nach der es bald wieder gelang, dreister mit Milch zu kommen.“ In der Tat stimmt dies mit meinen persönlichen Erfahrungen völlig überein. Auch ich habe oft beobachten können, daß in selbst hochgradigen Fällen von diarrhoischer Fettentleerung ein Rückgang zu Magermilch und ein mehrwöchentlicher Zusatz von Nestle die Anomalie am besten beseitigt, die betreffenden Kinder zugleich, unter Gewichtszunahme, wieder zu subjektivem Wohlbefinden brachte und durch das Sättigkeitsgefühl auch den Schlaf besserte. Daß seinerzeit Zweifel im Stuhl solcher mit Nestle ernährter Kinder noch Stärke fand, will gar nichts sagen; denn dies Präparat gibt man nicht ganz jungen Säuglingen, sondern älteren, die schon Ptyalin aus ihren Speicheldrüsen absondern. Und jedenfalls ist dies gepulverte Gebäck nicht so reich an unvollkommen diastasierter, unaufgeschlossener Stärke, wie die richtigen Kindermehle, die aus den Getreide- oder Hülsenfrüchtearten hergestellt sind. Daß diese noch recht viel unreduzierte Stärke enthalten, ist allbekannt, und ebenso, daß diese Stärke im günstigsten Falle nur aufquillt und zu Kleister wird, was man gepulvertem Zwieback nicht nachsagen kann. Gerade der geringe Fettreichtum des Nestle gleicht aber den Fettüberschuß ganz vorzüglich aus.

Allerdings gibt es aber auch Fälle, in denen es nicht gelingen will, die Nachteile des Kuhkaseins und einer übermäßigen Zufuhr von Milchfett zu beseitigen, wieder eine geregelte Verdauung und normale Stühle herbeizuführen. Hier ist man genötigt, doch wieder, wenn irgend möglich, zur völligen oder doch teilweisen Brusternährung zurückzugreifen, um das Kind überhaupt am Leben zu erhalten. Man kann Schlossmann nur beistimmen, wenn er auf Grund seiner Erfahrungen am Dresdener Säuglingsheim dem Selbststillen energisch das Wort redet, es in den meisten Fällen bei fortgesetztem Anlegen für durchführbar hält, selbst wenn längere Zeit seit der Entbindung verstrichen ist. Diesen natürlichen Nahrungsquell sollte also keine Mutter ganz versiegen lassen. Denn es gibt bei der künstlichen Ernährung Situationen, in denen er hochwillkommen ist, weil erfahrungsgemäß Verdauungsstörungen viel leichter zu beseitigen sind, wenn man neben künstlicher Ernährung noch die Brust reichen kann. Ein 2—3 maliges Stillen pro die genügt schon, um der in obiger Weise reduzierten, fettärmeren und mit Kindermehl versetzten Nahrung selbst in sehr ungünstigen Fällen noch Erfolg zu sichern. Ganz sollte also die Mutter ihre Milch nicht eingehen lassen, denn sie wird zu kritischen Zeiten für das Kind zur Rettung werden. Solange überhaupt die Drüse noch sezerniert und tätig ist (und sie kann noch $^3/_4$ Jahr nach der Entbindung, selbst

nach Wiedereintritt der Menstruation, noch recht ansehnliche Mengen Milch produzieren, wie Schlossmann nachgewiesen hat), solange sollte man dieses bei Verdauungsstörungen wertvollen Hilfsmittels sich nicht ganz entschlagen. Als Ersatz dafür kann aber immerhin gelten, daß eine sehr milchreiche Frau oder Amme den kleinen Patienten so lange mitstillt, bis er über eine kritische Epoche glücklich hinaus ist und wieder Kuhmilch verträgt.

II. Referate.

F. Kermauner, Zur Kenntnis der Verdauungsstörungen im ersten Lebensalter. (Archiv für Gynäkologie. 1905. Bd. 75. Heft 2.) Verf. sucht auf Grund klinischer Erfahrungen die Hauptursache der Verdauungsstörungen bei Kindern im ersten Lebensalter nicht in Fehlern der Ernährung, sondern in Fehlern, welche in der Pflege gemacht werden. Er führt die bei Säuglingen massenhaft vorkommenden Magen- und Darmerkrankungen auf eine in den ersten Lebenstagen stattgehabte Infektion zurück. Bei seinen Beobachtungen an der geburtshilflichen Klinik in Heidelberg fand er, wie er bereits in einer gemeinschaftlich mit Dr. Orth ausgeführten Arbeit berichtet hat, daß etwa $^2/_3$ der Neugeborenen bei ihrer Entlassung am zehnten Tage das Anfangsgewicht nicht erreicht hatten. Die Ursache hiervon sucht er in Verdauungsstörungen. Die bakteriologische Untersuchung der Stühle ergab fast regelmäßig das Vorhandensein des Staphylococcus pyog. albus, welcher nur durch die Luft oder direkt durch das Wartepersonal auf die Kinder übertragen werden konnte. Nachdem erstere Möglichkeit nach entsprechender Desinfektion aller Räume ausgeschlossen war, wurden dadurch wesentlich günstigere Resultate erzielt, daß für die Säuglinge eine eigene Wärterin angestellt wurde, welche bei Beobachtung peinlichster Reinlichkeit nur noch beim Anlegen der Kinder mit den Wöchnerinnen in Berührung kam. Während im Jahre 1903 noch 57,5 $^0/_0$ der Kinder bei ihrer Entlassung das Anfangsgewicht nicht erreicht hatten, ging dieser Prozentsatz im Jahre 1904 auf 32,8 $^0/_0$ zurück. K. empfiehlt daher bei der Pflege der Neugeborenen vor allem strengste Asepsis und Wärme (Sterile Windeln, steriles Vaselin zur Entfernung der Vernix caseosa, Asepsis des Nabels und überhaupt häufiges Saubermachen der Kinder und Asepsis der Hände des Wartepersonals). Hailmann (München).

Elie Decherf (Tourcaing), Traitement des gastro-entérites aiguës et chroniques chez les enfants par le babeurre. (Archives de méd. des enfants, Septembre 1905.) Verf. bricht wieder eine Lanze für die Anwendung der Buttermilch bei magendarmkranken Kindern. Die Verschiedenheit der Wirkung, welche von manchen Autoren hervorgehoben worden ist, muß lediglich auf die Zubereitung der in Rede stehenden Flüssigkeit zurückgeführt werden. Während manche die Milch stark sauer werden lassen und kein

oder nur wenig Wasser bei der Buttergewinnung hinzufügen, ist bei anderen gerade das Gegenteil der Fall. Auch die Zeit während welcher die sauere Milch geschlagen wird, ist für die Qualität der Buttermilch maßgebend und muß dieselbe etwa zwei Stunden betragen, um eine gute Qualität zu erzielen. Außerdem muß die sauere Gärung nicht stark vorgeschritten sein, da ein zu starker Gehalt an Milchsäure ungünstig auf die kranken Kinder einwirkt. Nach der Buttergewinnung wird die Buttermilch noch mit Wasser, im Verhältnisse von 6:4, gemischt und bildet dann, aber nur im frischen Zustande, ein ausgezeichnetes Nähr- und Heilmittel für die an akutem oder chronischem Durchfalle leidenden Kinder. Auch bei schwerer Cholera infantilis hat D., mit Ausnahme eines einzigen Falles, bemerkenswerte Erfolge erzielt. Er hat auch Kinder beobachten können, welche Frauenmilch, sterilisierte, maternisierte oder pasteurisierte Milch nicht vertrugen, hingegen aber bei Buttermilch vortrefflich gediehen. Auch bei athreptischen und rachitischen Kindern ist die Anwendung der Buttermilch von Vorteil, sowie auch bei intestinaler Autointoxikation, da dieselbe eine destruktive Wirkung auf die Mikroorganismen des Darmes ausübt. E. Toff (Braila.)

M. Stooss, Die Verwendung der Buttermilch zur Ernährung magendarmkranker Kinder. (Korrespondenz-Blatt für Schweizer Ärzte. 1905. No. 21.) St. gibt die Krankengeschichten von 3 atrophischen Kindern, bei denen die Buttermilch ausgezeichnete Dienste leistete. Die Kinder waren verschiedenen Alters (4 und 9 Monate, $2^1/_4$ Jahr) und verschiedener Konstitution, durch chronische Verdauungsstörungen schwer heruntergekommen; zur Zeit des Beginns der Buttermilchernährung bestanden keine Reizzustände des Darmes, trotzdem konnten die Kinder bis dahin auf keinem der üblichen Wege zum Gedeihen gebracht werden. Das sind die Fälle, bei denen die Buttermilch ihre Triumphe feiert.

Ungünstige Erfahrungen mit Buttermilch machte St. bei akuten Enterokatarrhen und bei akuten Schüben chronischer Intestinalerkrankungen. Es versagte ferner die Buttermilch, wie alles andere, in den ganz verzweifelten Fällen von schwer heruntergekommenen Säuglingen mit komplizierenden bronchopneumonischen Herden, Ohreiterungen, Pyodermien usw. Dagegen gelang es doch, bei einigen Fällen mit chronischem Darmkatarrh, welche neben schlechtverdauten, übelriechenden Stuhlentleerungen katarrhalische Entzündungen von seiten der Lungen aufwiesen und schwer heruntergekommen waren, mit Buttermilch den Übergang zu anderer Ernährung zu bewerkstelligen. Die Ernährung mit Buttermilch darf jedoch nicht zur Zeit eines akuten Schubes einsetzen und wird von solchen Säuglingen meist nur kurze Zeit vertragen. Sie bringt aber den Patienten rasch etwas vorwärts und ermöglicht es, nachher mit Erfolg eine andere Ernährungsform einzuleiten. Grätzer.

E. Smaniotto, Praktische Untersuchungen über die Anwendung roher und gekochter formolisierter Milch bei Verdauungsstörungen der Säuglinge. (La Pedriatria. April 1905.) Die Arbeit bildet einen Teil der von Tedeschi und seinen Schülern

unternommenen Untersuchungen, um die Behringschen Angaben nachzuprüfen. Verf. hat bei mehrere Monate alten Säuglingen Milch mit einem Formolzusatz von 1:5000 und 1:10000 angewandt; die Milch wurde von den Kindern ohne jede Schwierigkeit genommen und zwar längere Zeit hindurch (15—20 Tage) gut vertragen. Verf. glaubt nicht an die Formolwirkung allein; denn wenn er an Stelle von roher formolisierter Milch gekochte formolisierte gab, so ging es den Kindern weniger gut und die Entleerungen zeigten nach einigen Tagen dyspeptischen Charakter; er ist vielmehr geneigt, die günstige Wirkung allein dem Gebrauch der rohen Milch zuzuschreiben. Der Gebrauch formolisierter Milch kommt — das ist sein Resümee — nur für ekzeptionelle Fälle und auf kurze Zeit in Frage und zwar besonders, wenn man ungekochte Milch geben will, diese aber nicht frisch gemolken oder durch Kälte konserviert anwenden kann. F.

Silvestri, Semiotische Beobachtungen einiger mit verschiedenartig behandelter Milch ernährter Säuglinge. (Osservazioni semeiotiche di alcumi dispeptici alimentati con cette variamente trattato.) (La Pediatria. 1905. No. 4.) Auf Grund seiner nicht sehr zahlreichen Beobachtungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß dem Kuhserum Wirkungen auf den Chemismus der Verdauung zukommen, die eine Umänderung der dyspeptischen Stühle herbeiführen und den Allgemeinzustand der dyspeptischen Kinder günstig beeinflussen. Mit Glyzerin versetztes Serum erwies sich wirksamer als formalinisiertes Serum. Das beigemischte Glyzerin oder Formalin schadet in der angewandten Dosis nichts und beeinträchtigt die günstige Wirkung das Serums keineswegs. F.

Giacomo Silva, Untersuchungen über die intestinale Bakterienflora bei Dyspeptischen, die mit verschieden behandelter Kuhmilch ernährt wurden. (La Pediatria. April 1905.) Verf. hat die Veränderungen studiert, die sich bei der Intestinalflora dyspeptischer Kinder konstatieren lassen, wenn man der zur Nahrung verwandten Milch Kuhserum, die mit Glyzerin oder Formalin versetzt ist, hinzufügt. Er fand, daß nach Zusatz glyzerinisierten Serums die Bakterienflora sich dem bei Ernährung mit Muttermilch üblichen Typus nähert; derselbe Effekt tritt ein bei Zusatz von 1 ‰ igem Formalinserum, jedoch in geringerem Grade. Der Erfolg ist jedoch nur erzielt, wenn das Serum frisch ist. Die Resultate sind dieselben, wenn das Serum aus arteriellem und venösem Blut gemischt ist. F.

M. Hohlfeld, Über den Umfang der natürlichen Säuglingsernährung in Leipzig. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 35.) H. hat statistische Erhebungen angestellt an der Poliklinik des Leipziger Kinderkrankenhauses, so daß das Material die große Masse der städtischen Bevölkerung umfaßt. Die Ermittelungen wurden auf alle Kinder bis zu 15 Jahren ausgedehnt. Von den 5023 Kindern, welche in Betracht kamen, gehörten 1666 dem ersten Lebensjahre an. Es wurde nur die Häufigkeit und Dauer der ausschließlichen Ernährung an der Brust festgestellt. Von den 4891 Kindern, über

die genauere Angaben vorlagen, wurden 2725 (= 55,71 %) gestillt; fast die Hälfte der Kinder erhielt also die Brust überhaupt nicht oder weniger als 8 Tage. Nimmt man eine 6monatige Ernährung an der Brust als ausreichend an, so waren es nur 1090 Kinder, die hier zählten. Also nur etwa 25—30 % der Säuglinge erhielten eine ausreichende Ernährung an der Brust. Ferner zeigte die Statistik noch das wichtige Faktum, daß die natürliche Ernährung des Säuglings in Leipzig in andauerndem Rückgange begriffen ist.

Wie ist nun dieser Rückgang aufzuhalten? H. forschte bei 1000 nicht gestillten Kindern der drei ersten Lebensjahre den Gründen für das Nichtstillen nach. Diese Gründe lagen nur in 46 Fällen beim Kinde selbst, in allen übrigen bei der Mutter, und zwar waren es drei Kategorien von Müttern: Solche, welche angeblich keine Nahrung hatten, solche, welche krank waren, endlich solche, welche unter dem Drucke der sozialen Lage handelten. 425 Kinder, also fast die Hälfte, stammten von Müttern der ersten Kategorie ab, 325 fallen auf die zweite und 146 auf die dritte Kategorie. Man könnte sich dadurch veranlaßt fühlen, den Rückgang der natürlichen Ernährung in erster Linie auf die Abnahme des Stillvermögens zurückzuführen. Stillunvermögen bestand aber nur in der Anschauung der Mutter selbst. Aber nur der Ernährungsversuch kann ja die Entscheidung über das Stillvermögen bringen. Und selbst, wenn solche Versuche von den Müttern gemacht worden sind, ist es doch sehr fraglich, ob dieselben richtige Beurteilung erfahren haben. Denn Schreien des Kindes wird bekanntlich meist darauf zurückgeführt, daß das Kind zu wenig Nahrung erhalten hat. Allein die Wage darf aber hier maßgebend sein. Nur wenn uns diese einen Rückgang des Körpergewichtes angibt, der über das Maß des Physiologischen hinausgeht, dürfen wir uns entschließen, neben der Brust die Flasche zu geben, und wenn sie einen Stillstand des Körpergewichts verzeichnet, müssen wir mindestens 8 Tage warten, ehe wir zur Beinahrung übergehen; denn ein Stillstand ist auch bei ausreichender Nahrung nichts Seltenes. Bei den 425 Kindern dieser Kategorie ist sicher nach diesen Prinzipien nicht verfahren worden. Die Mütter entschließen sich sehr rasch zur künstlichen Ernährung, weil sie nicht wissen, wie sehr diese hinter der natürlichen zurücksteht. Hier kann nur erzieherische Tätigkeit wirken, darauf hinzielend, den Müttern vor Augen zu führen, wie unersetzlich die Muttermilch ist. Wie steht es nun mit der Krankheit der Mutter als Hindernis für die Brusternährung? Nur bei 51 bestanden schwere Erkrankungen der verschiedensten Organe, und diese fallen ohne weiteres aus. Aber 54mal waren Entzündungen der Brüste der Grund für Nichtstillen, 196mal Blutarmut, Nervosität, Schwäche usw., 24mal „Kränklichkeit“. Eine Entzündung der Brustdrüse ist nur dann ein Grund zum Nichtstillen, wenn sie doppelseitig auftritt. Bei Blutarmut, Schwäche usw. sollte aber auch nur der Ernährungsversuch maßgebend sein, und dieser wird in sehr vielen Fällen gewiß günstig ausfallen. Auch hier dürften Belehrungen recht gute Früchte tragen. Da, wo die soziale Lage aber das Stillen verhinderte, da muß nätürlich die soziale Fürsorge eintreten, um wenigstens einem Teile der Kinder die natürliche Nahrung zugänglich

zu machen, wie es ja bereits vielfach geschieht. So dürfte der Rückgang der natürlichen Ernährung auf verschiedene Weise wirksam aufzuhalten sein. Grätzer.

Hermann Brüning, Untersuchungen der Leipziger Marktmilch, mit besonderer Berücksichtigung der in derselben nachweisbaren Streptokokken. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 1.) Nach Petruschky und Kriebel rührt die hohe Sommersterblichkeit der Säuglinge her von der durch die Wärme bedingten ungeheuren Vermehrung der in jeder Milch vorhandenen Bakterienkeime, namentlich der am zahlreichsten darin enthaltenen Streptokokken. Nach ihnen gleicht ein auf dem Deckglas gefärbtes Tröpfchen frischer Sommermilch bakteriell fast genau einem Eiterpräparat. Zum Vergleich und zur Nachprüfung dieser Befunde untersuchte B. die Leipziger Marktmilch hinsichtlich der in ihr nachweisbaren Streptokokken, wobei er gleichzeitig auf Reaktion, Fettgehalt u. a. achtete. An 40 Milchproben, die zur Untersuchung kamen, bestätigte er insofern die obigen Angaben, als er in 93 % der Leipziger Marktmilch Streptokokken nachwies, deren Anzahl zwischen 100 und 1 Million pro Kubikzentimeter schwankte. Die aus der Milch isolierten Streptokokken sind in ihren Wachstumsbedingungen verschieden; und zwar handelt es sich um grampositive, dickere, kurzgliedrige Ketten und gramnegative, in Diploanordnung liegende, sowie um sehr zarte, wiederum grampositive Formen. Die beiden letzteren Stämme waren für Mäuse und Meerschweinchen nicht pathogen, während die Überimpfung von 0,5 ccm Bouillonkultur von Streptococcus I auf weiße Mäuse deren Tod innerhalb 24 Stunden herbeiführte. Die regelmäßige Verwendung der Reaktionen von Schardinger und von Storch zur Unterscheidung von roher und gekochter Milch[1]) bestätigte diese Reaktionen, falls die Reagentien frisch sind, als für die allgemeine Praxis recht brauchbare Methoden. Hecker.

Arth. Schlossmann, Über den derzeitigen Stand der Frage der künstlichen Säuglingsernährung. (Aus dem Dresdner Säuglingsheim.) (Die Heilkunde. November 1905.) S. gibt in der wichtigen Ernährungsfrage seine persönliche Anschauung wieder, die er durch genaueste Beobachtung eines sehr umfangreichen Materials im Laufe der Zeit gewonnen hat. Einige Punkte seien hier hervorgehoben.

Es kommt bei der künstlichen Ernährung vor allem darauf an, eine reine, gut konservierbare Milch zu gewinnen, was bei richtiger Stallhygiene leicht gelingt. Trockenfütterung hat mit der Güte einer „Kindermilch" nichts zu tun. Die einzige Forderung, die S. in bezug auf die Fütterung der Milchtiere stellt, ist die, daß nur diejenige

[1]) Das Prinzip derselben besteht darin, daß bei der Storchschen Reaktion durch Oxydation nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd und Parapenylendiaminlösung in der Milch Blaufärbung eintritt, welche bei gekochter Milch vermißt wird, während bei der Schardingerschen Probe frische Milch Formalinmethylenblaulösung beim Erwärmen entfärbt, ältere Milch bei Methylenblaulösung allein verblaßt und gekochte Milch in keiner von beiden Mischungen einen Farbenumschlag hervorzurufen imstande ist.

Nahrung zu vermeiden ist, bei der die Kühe selbst eine Indisposition zeigen, oder bei der Stoffe in die Milch übergehen, welche auf das Kind schädlich wirken können. Gerade in letzter Hinsicht sind die Vorteile des Weideganges in die Augen springend; denn hier entscheidet das Tier selbst mit seinem sicheren Instinkt, was es fressen will, und wendet sich von den giftigen Pflanzen ab, während es in der Langeweile des Stalles wahllos in seinem Heu alles frißt, um so mehr, als durch den Trocknungsprozeß der charakteristische Geruch der Pflanzen verloren geht.

Die Tiere selbst müssen natürlich gesund, vor allem frei von Tuberkulose sein. S. ist jetzt zur Überzeugung gelangt, daß es wirklich der Verdauungstraktus ist, der die Eingangspforte für die Tuberkulose bildet. Man muß daher durchaus auf tuberkulosefreies Vieh dringen, und der Kampf gegen die Tuberkulose der Milchkühe ist unermüdlich fortzusetzen.

Ein wesentlicher Punkt ist ferner, daß man die Überlastung des kindlichen Magens mit Flüssigkeit vermeidet. S. bedient sich nie einer stärkeren Verdünnung als die mit dem gleichen Teile Wasser und wendet auch bei neugeborenen Kindern keine stärkeren Verdünnungen an. Es gilt als Gesetz, daß die Kinder während des ganzen ersten Lebensjahres nie mehr als 1 l Flüssigkeit pro die erhalten. Eine Idealernährung stellt diese verdünnte Kuhmilch freilich nicht dar; im Gegenteil, nur wenn die absolute Unmöglichkeit, zu einer zweckmäßigeren Zusammensetzung der Säuglingsnahrung vorliegt, würde S. zu einer solchen einfachen Verdünnung als Notbehelf greifen. Für das gesunde Kind ist S. Anhänger einer fettreichen Nahrung. Kein Bestandteil der menschlichen Nahrungsmittel hat einen gleich hohen kalorimetrischen Wert wie das Fett, kein anderes führt in so kompendiöser Form die gleiche Menge Energie zu, als fettreiche Milch. Man kann zur Sahnegewinnung sich eines Separators, einer Milchzentrifuge, bedienen, aber auch einfach, wenn man gute, frische Sahne aus der Molkerei erhalten kann, sich dieser als Zusatz bedienen.

Ein scheinbarer Gegensatz zu diesem Prinzip bildet die Empfehlung der fettfreien, aber eiweißreichen Buttermilch. Und doch ist auch diese für gewisse Fälle eine recht geeignete Nahrung. Der Nutzen, den man oft genug mit ihr erzielt, ist einmal auf Ersparnis von Körperarbeit, von minderer Belastung des Verdauungsapparates zurückzuführen. Das Eiweiß ist in der Buttermilch äußerst fein gewonnen und zerteilt; der Magen braucht nicht die Säure zur Ausfällung zu produzieren und spart sich vor allem die motorische Arbeit, die nötig ist, um die Kaseingerinnsel wieder zu verkleinern. Zweitens wirkt die Buttermilch fermentlockernd, sie regt geradezu die Epithelien des Verdauungsschlauches zu gesteigerter Tätigkeit an. Es ist die Buttermilch ein sehr billiges diätetisches Heilmittel, das bei atrophischen und schlecht zunehmenden Kindern oft die besten Erfolge zeitigt. Setzt man der Buttermilch dann noch etwas Sahne zu, so daß der Fettgehalt auf etwa 3 % gebracht wird, so kann man viele Monate damit fortfahren und die Kinder glänzend gedeihen sehen.

Vom Pasteurisieren der Milch hält S. nichts. Das beste wäre es, wenn die Verhältnisse es heute schon gestatteten, von roher Milch

in weitestem Umfange Gebrauch zu machen. Zweifellos gehört die Zukunft der aseptisch gewonnenen und entsprechend behandelten, der rohen, lebenden Milch! Die einzige Kindermilch im wahren Sinne des Wortes ist und bleibt freilich die Milch der Mutter, und es ist die vornehmste Pflicht der Ärzte, immer wieder zur Verallgemeinerung dieser Erkenntnis beizutragen. Grätzer.

Martin Hohlfeld, Über rohe Milch als Säuglingsnahrung. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 1.) Seine Versuche an atrophischen und chronisch magendarmkranken Kindern führen den Verf. zu der Ansicht, daß bei solchen Affektionen die rohe Milch von unzweifelhaft guter Wirkung sein kann. Er bestätigt die Erfahrungen Monrads, daß es bei Kindern, die mit gekochter Milch ernährt werden, ein Erbrechen gibt, das nur sistiert, wenn die Milch weggelassen oder roh gegeben wird. In allen Fällen hartnäckigen und sonst nicht zu beeinflussenden Erbrechens bei Säuglingen, die mit gekochter Kuhmilch ernährt werden, wird man also einen Versuch mit frischer, roher Kuhmilch zu machen haben.

Hecker.

B. Salge, Immunisierung durch Milch. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 3. Heft.) Polemik gegen Siegert und gegen Bartenstein, welche die von S. in den obigen Versuchen angewandte Marxsche Methode für nicht genau genug halten. Nachdem entschieden war, daß der Säuglingsdarm Antikörper, die in heterogenem Serum enthalten sind, nicht durchläßt, wohl aber mit der Frauenmilch zugeführte Antikörper, galt es zu entscheiden, ob die Heterologie, bzw. Homologie des Serums an sich schuld an dem Ausfall des Versuches war, oder ob das Resultat davon herrührte, daß das eine Mal Blutserum, das andere Mal Milch der Träger der Immunkörper war. Zur Entscheidung dieser Frage fütterte Verf. Kinder mit Milch von immunisierten Tieren und zwar drei Kinder mit Diphtherieimmunmilch und ein Kind mit Typhusimmunmilch. Der negative Ausfall auch dieser Versuche läßt darauf schließen, daß die Fütterung mit artfremder Milch, in welcher antitoxische oder bakterizide Substanzen mit Sicherheit nachgewiesen sind, nicht zu einer Übertragung dieser Körper auf den menschlichen Säugling führt.

Hecker.

Georges Vitry (Paris), Etude sur la physiologie de la nourrice, en particular au point de vue de sa résistance aux maladies. (Revue mens. des malad. de l'enf. Sept. 1905.) Der Verf. hat Untersuchungen an stillenden Frauen und Tieren angestellt und teilweise die Ergebnisse früherer Untersuchungen bestätigt, teilweise neue Erfahrungen denselben hinzugefügt, dahin lautend, daß stillende Frauen (und Tiere) sich im Zustande physiologischer Inferiorität befinden und krankhaften Einflüssen vielmehr ausgesetzt sind, als nicht stillende. So z. B. findet man fast bei allen Stillenden Fettansammlungen in der Leber und auch fettige Degenerationen, ferner sehr oft Glykosurie, namentlich bei jenen, welche das Säugegeschäft für kurze Zeit aussetzen oder nicht die Gesamtmenge ihrer Milch verbrauchen. Die Untersuchungen der Stickstoffausscheidung ergaben

bei stillenden Frauen eine Verminderung des Stoffwechsels, so daß dieselben den mit dieser Veränderung verbundenen Krankheiten ausgesetzt erscheinen. Die Untersuchung des Blutes ergibt eine Verminderung der roten Blutkörperchen, einen gewissen Grad von Leukozytose mit Vorwiegen mononuklearer Elemente und endlich eine Verminderung der Alkalinität des Blutes.

Experimentell wurde festgestellt, daß die Einnahme von 200 g Zucker bei stillenden Frauen Glykosurie hervorruft, während dies bei gewöhnlichen Frauen nicht der Fall ist. Injiziert man Kaninchen eine gewisse Zuckermenge in das Peritoneum, so findet man Zucker im Harne, während dies mit der gleichen Menge bei die Jungen nicht säugenden Kaninchen nicht der Fall ist.

Die antitoxische Kraft der Leber ist bei Stillenden vermindert. Eine mit einer gewissen Menge von Leberparenchym zerriebene Nikotinlösung ist viel giftiger, falls es sich um eine stillende Person handelt, als sonst. Die Resistenz gegen Infektionen, namentlich gegen Tuberkulose, ist bei Stillenden erheblich größer; auch bei Tieren kann dies experimentell festgestellt und erwiesen werden. E. Toff (Braila.)

Richard Weigert, Über den Einfluß der Ernährung auf die chemische Zusammensetzung des Organismus. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 1. Heft.) Die anfangs an Mäusen, später an Hunden ausgeführten Versuche ergaben u. a., daß der Wassergehalt der Tiere abhängig ist von ihrem Alter und von der Ernährungsweise. Die Schwankungen des Wassergehaltes sind nicht allein bedingt durch die Zunahme oder Abnahme des Fettgehaltes des Tierkörpers, sie sind auch begründet in einem verschieden großen Gehalt an fettfreier Trockensubstanz. Die Zunahme an fettfreier Trockensubstanz bezieht sich in gleicher Weise auf den Gehalt an Stickstoff und Asche. Von den Tieren, die mit eiweiß- und fettreicher Kost (Sahne), eiweiß- und kohlehydratreicher, aber fettarmer Kost (Buttermilch), kohlehydratreicher, aber eiweiß- und fettarmer Kost (Fleischbrühe mit Semmel und Zuckerzugabe, vegetabilischer Nahrung) ernährt wurden, zeigen diejenigen den höchsten Gehalt an fettreicher Trockensubstanz, die mit eiweiß- und fettreicher Nahrung aufgezogen wurden.
Hecker.

Leo Langstein und **Ludwig F. Meyer**, Die Acidose im Kindesalter. I. Mitteilung. Die Acidose des älteren Kindes. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 3. Heft.) Die Acidose, d. h. die Bildung und Ausscheidung von Acetonkörpern soll nach Friedrich Müller eine besondere Eigentümlichkeit des Kindes sein. Diese Körper entstehen aus den Fetten wahrscheinlich so, daß beim Abbau des Fettes im Organismus zuerst Oxybuttersäure sich bildet, aus ihr durch Oxydation die Acetessigsäure und aus dieser durch Kohlensäureabspaltung das Aceton. Im Urin tritt bei Kohlehydratkarenz zuerst das Aceton, dann die Acetessigsäure und erst nach längerer Zeit die Oxybuttersäure auf. Nachdem L. F. Meyer schon bei Gelegenheit von Untersuchungen über die Acetonurie bei Infektionskrankheiten der Kinder das außerordentlich häufige Vorkommen der Ausscheidung von Acetonkörpern hatte konstatieren können, suchten die Verff. experimentell

zu prüfen, ob die von F. Müller supponierte Neigung zur Acidose bei Kindern besteht und wie sie sich äußert. Sie suchten sich zunächst über den Fettstoffwechsel bei Kindern im Alter von 6—14 Jahren zu orientieren. Diese bekamen einige Tage hindurch ausschließlich Eiweißfettdiät mit vollständiger Ausschließung der Kohlehydrate. Sie reagierten ohne Ausnahme darauf mit erhöhter Ausscheidung von Acetonkörpern. Um ein genaues Maß der im Körper bestehenden Acidose zu erhalten, wurde quantitativ bestimmt das Aceton im Urin (stets inklusive der Acetessigsäure), das Aceton der Ausatmungsluft und die Oxybuttersäure im Urin; gleichzeitig wurde auch untersucht die Gesamtstickstoff- und Ammoniakausscheidung durch den Urin.

Wie sich ergab, erreichte die Menge des Acetons im Urin zwar absolut genommen nicht die bei Erwachsenen festgestellten Werte, im Verhältnis zum Körpergewicht dagegen übertrifft das Urinaceton des Kindes das des Erwachsenen an Quantität. Auch scheint die Acetonurie um so schneller und intensiver einzusetzen, je jünger das Kind ist.

Die Ausscheidung des Acetons in der Atemluft verhält sich bei Kohlehydratkarenz vollkommen anders als bei Erwachsenen und diesen im Alter nahestehenden Kindern. Das ergibt sich aus dem Umstande, daß der Hauptteil des im Organismus gebildeten Acetons bei den untersuchten 6 jährigen Kindern durch die Lungen ausgeschieden wurde. Die Quantität des exhalierten Acetons überstieg die bei gemischter Kost gefundenen Werte einmal um das 19 fache, ein andermal sogar um das 60 fache. Im Gegensatz hierzu pflegt bei Erwachsenen das Atemaceton sich nur um das 3 fache zu vermehren.

Der Hauptanteil des Acetons wird bei jungen Kindern durch die Atemluft eliminiert. Dieser Anteil überragt die bei Erwachsenen gefundenen Werte beträchtlich.

Die Gesamtacetonmenge, die das jüngere Kind bei Kohlehydratkarenz ausscheidet, ist höher als bei Erwachsenen und älteren Kindern.

Acetessigsäure ist stets nachweisbar — bei den 6 jährigen Kindern bereits am zweiten Tage des Kohlehydratmangels.

Oxybuttersäure kann nach den Angaben Naunyns bei Kohlehydratkarenz im Urin erscheinen — sie erscheint nach Magnus-Levy stets bei intensiver Acetonausscheidung —; in allen fünf Fällen, in denen nach Oxybuttersäure gesucht wurde, konnte sie mit Bestimmtheit nachgewiesen werden. Und zwar schieden die 6 jährigen Kinder größere Mengen aus als ältere und auch mehr wie die meisten daraufhin untersuchten Erwachsenen.

Das Allgemeinbefinden der Kinder war bei den Versuchen fast stets in Mitleidenschaft gezogen. Die Kinder waren schlaff, müde, unlustig; Symptome, die aber nicht ohne weiteres auf die im Körper des Kindes vorhandene Acidose geführt werden kann, da die einseitige Diät als solche auch wohl Unlustgefühle hervorzubringen imstande ist.

Die Untersuchungen haben also gezeigt, daß in der Tat junge Kinder eine Neigung zur Acidose haben, d. h. daß sie frühzeitiger

und intensiver mit einer Ausscheidung von Acetonkörpern auf Kohlehydratkarenz reagieren als Erwachsene.

Verff. glauben mit Bestimmtheit aus den Untersuchungen schließen zu können, daß eine fettreiche Nahrung bei der geringsten Störung im Kohlehydratstoffwechsel zu Änderungen im Stoffwechsel führt, deren schädigende Wirkung auf den Organismus heute noch nicht übersehen werden kann. Hecker.

Peter Misch, Zur Kenntnis des periodischen Erbrechens im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 3. Heft.) Eine Anzahl von Fällen periodischen Erbrechens in der zweiten Kindheit zeigen gemeinsam das Fehlen jeder nachweisbaren Organerkrankung, dagegen übereinstimmend Fieber, starkbelegte Zunge, katarrhalische Angina, einen mehr oder weniger ausgesprochenen Acetongeruch aus dem Munde, beträchtlichen Acetongehalt des Urins, der besonders deutlich bei Nachlassen der übrigen Erscheinungen vermehrt ist, und schließlich auffällige Oligurie. Fast konstant ist eine durch nichts zu überwindende Appetitlosigkeit; meist zeigt sich Verstopfung, häufig aber auch Durchfall. Eigentümlich scheint ferner die Neigung der Erscheinungen zu Rezidiven. Das Ganze dürfte als eine tiefergehende gastrische Störung bei nervösen Kindern und der Acetongehalt als Zeichen des gestörten Stoffwechsels — Kohlehydratinanition — aufgefaßt werden. Hecker.

Josef Kaliski und **Richard Weigert,** Über alimentäre Albuminurie. (Jahrb. f. Kinderheilk. 61. Bd. 1. Heft.) Die alimentäre Albuminurie rührt letzteren Ortes wohl her von einer Insuffizienz der Verdauungsorgane. Nach brüsker Überschwemmung des Verdauungstraktes gesunder Kinder mit großen Mengen von Eiereiweiß (bis zu 22 Eiern im Tag!) zeigte sich, daß es bei Verabreichung von gekochtem Eiweiß nie und von rohem Eiweiß nur selten gelingt, Albuminurie zu erzeugen. Auch bei Kindern mit zyklischer Albuminurie ist es in zwei Fällen nicht „geglückt", alimentäre Albuminurie zu erzeugen. —

Solche Versuche sind nach des Referenten Ansicht doch nicht unbedenklich, wenn es auch hier gut gegangen ist. Die ärztliche Ethik sollte niemals über der ärztlichen Wissenschaft vergessen werden! Hecker.

L. F. Meyer, Zur Kenntnis der Phenolausscheidung beim Säugling. (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.) (Monatsschrift f. Kinderheilk. Oktober 1905.) M.s Untersuchungen gingen nach zwei Richtungen. Erstens suchte er die Quantität des vom Säugling ausgeschiedenen Phenols, zweitens das Schicksal des eingeführten Phenols zu ermitteln. Er untersuchte deshalb das Phenol und die Ätherschwefelsäure des Urins. Die beim Säugling gefundenen Werte des Phenols wurden im Vergleich zu der Normalzahl bei Erwachsenen relativ hoch befunden, ein Zeichen, daß die Darmfäulnis des Säuglings in dieser Richtung doch recht intensiv sein muß. Die überhaupt niedrigsten Werte wurden bei nur mit Brustmilch genährten Säuglingen ermittelt; die Fäulnis bei Kuhmilchernährung läßt weit

mehr Phenol entstehen. Ein Zusammenhang der Phenolzahlen mit der Beschaffenheit der Stühle war nicht nachweisbar. Das Alter der Kinder übt insofern Einfluß aus, als durch die Beikost größere Fäulnis zustande kommt, mehr Phenol ausgeschieden wird. Krankheiten des Säuglings scheinen ohne wesentlichen Einfluß auf die Ausfuhr der aromatischen Substanzen zu sein.

Wie verhielt sich nun die Entgiftung des eingeführten Phenols? Die Entgiftung durch die Synthese zu Ätherschwefelsäure fand in allen Fällen — bei Gesunden und Schwerkranken — in ausgesprochener Weise statt. Schwitzende Rachitiker, hochfiebernde, ja auch chronisch magendarmkranke Kinder — bei diesen letzteren ist damit wiederum eine Funktion der Leber als intakt bewiesen — zeigten also eine normale Entgiftung für Phenol.

Diese Resultate haben auch einen gewissen praktischen Wert. Wenn wir in der Praxis sehen, daß viele Säuglinge nicht imstande sind, Kuhmilch oder deren Derivate zu assimilieren, ja oft durch einwandfreie Kuhmilch zugrunde gerichtet werden, so ist der Gedanke, daß vielleicht eine Störung der Entgiftung eines intermediären Abbauproduktes der Nahrung vorliegt, nicht von der Hand zu weisen. Eine solche Störung ist aber nur dann zu eruieren, wenn wir den Organismus die uns bekannten Entgiftungsfunktionen vollziehen lassen.

Grätzer.

I. Mitulescu (Bukarest), Studium über die Methoden zur quantitativen Bestimmung des Chlors im Magen. (Spitalul. No. 17. 1905.) Um die sekretorische Tätigkeit des Magens richtig beurteilen zu können, ist die Bestimmung der Gesamtmenge des Chlors, sowohl des freien als auch des gebundenen, von Wichtigkeit. Hierzu ist als die beste Methode jene von Volhard, wie sie von Martius und Luttke zur Analyse des Magensaftes angewendet worden ist, anzusehen; die Titrierung wird am vorteilhaftesten mit Rhodan-Ammonium vorgenommen, da man auf diese Weise die untere Grenze der Färbung rascher und besser beobachten kann, als bei Benützung von salpetersaurem Silber. Das freie Chlor wird am besten durch die kalorimetrische Methode bestimmt, während das gebundene durch Abziehen dieser Zahl von derjenigen, welche das Gesamtchlor repräsentiert, erhalten wird. Für approximative Werte ist auch die Töpfersche Methode anwendbar. M. hat seinen Untersuchungen vergleichende Analysen aus künstlich dargestellten Magensäften vorangeschickt, um über die Genauigkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden sichere Anhaltspunkte zu gewinnen. E. Toff (Braila).

L. Jehle, Eine einfache Methode zur sterilen Stuhlentnahme bei Kindern. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Wien.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. No. 48.) An Glasröhren verschiedenen Kalibers, welche etwa 5—6 ccm fassen, nach unten zu konisch verlaufen, und blind endigen, werden am unteren Ende 3—6 kleine Öffnungen angebracht. Das obere, etwas verjüngte Ende wird durch einen kleinen Wattepfropf verschlossen. Zur Stuhlentnahme wird ein solches — vorher sterilisiertes — Glasrohr mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt, dann durch den mit dem Finger der linken

Hand etwas auseinandergezogenen After etwa 5—6 cm tief ins Rektum eingeführt. Nun wird der Inhalt bis auf einen kleinen Rest eingeblasen. Sowie man mit dem Blasen aufhört, steigt die Flüssigkeit sofort spontan aus dem Darmlumen in das Glasrohr. Dabei werden auch feste Bestandteile, wie Schleim, Eiter, Kotpartikelchen mitgerissen.

Grätzer.

Wilhelm Wernstedt (Schwede), Einige Worte über ein oxydierendes Ferment als Ursache des grünen Säuglingsstuhls. (Hygiea. 1905. No. 8.) Die Abhandlung hat den Charakter einer vorläufigen Mitteilung. Der Verf. hebt erstens hervor, daß der normale und grüne Säuglingsstuhl nicht nur durch die Farbe verschieden sind, sondern auch dadurch, daß der grüne Stuhl schleimiger ist, und die Grünfärbung ist eben am stärksten in den Schleimflocken. Er zeigt ferner, daß der Säuglingsstuhl und speziell der schleimige Stuhl einen Stoff enthält, der bei dem Vorhandensein von Wasserstoffsuperoxyd Guajakol zu oxydieren vermag; die Reaktion — eine Rotfärbung — bleibt aus, wenn der Stuhl im voraus einen Augenblick in Wasser gekocht wird; die braunrote Farbe tritt am stärksten im Schleim auf und dann an den Kernbildungen der polynukleären Leukozyten gebunden. Da die grüne Farbe des grünen Säuglingsstuhls sich ganz auf dieselbe Weise verhält, also am stärksten an dem Schleim, und eben an den Kernbildungen der polynukleären Leukozyten (Schleimkörperchen) gebunden ist, schließt er, daß der Schleim ein auf Bilirubin oxydierend wirkendes Ferment enthält. Die Bedeutung der Färbung fällt im ganzen mit der Bedeutung des Schleims zusammen, nach der Ansicht des Verf. haben diese Erscheinungen keinerlei pathologische Bedeutung, jedenfalls sind sie nicht immer, wie Heubner geschrieben hat, eine Anfangserscheinung der Dyspepsie, können z. B. in den sogenannten Hungerstühlen auftreten.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

B. Heile, Experimentelle Beobachtungen über die Resorption im Dünn- und Dickdarm. (Mitteilg. a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. 14. Bd. 1905.) Bis jetzt lagen keine exakten Versuche über die Resorptionsfähigkeit von Dünn- und Dickdarm vor. H. stellte diesbezügliche Untersuchungen an Hunden mit Fisteln im untersten Teil des Ileums, sowie an Hunden und an Menschen mit ausgeschaltetem Dickdarm an und kam zu folgendem Ergebnis: Der Dünndarm resorbiert das eingeführte Eiweiß ebenso wie Rohrzucker und Traubenzucker sogut wie vollständig, wenn die Mengen der Nahrungsstoffe dem Nahrungsbedürfnis des Körpers entsprechen. Bei Überernährung treten Teile der eingeführten Nahrung unresorbiert in den Dickdarm über, ebenso wenn bei katarrhalischen Zuständen die Resorptionskraft des Dünndarms leidet. Mit den unverdauten Bestandteilen der Nahrung und gewissen Produkten der Darmsekretion treten in den Dickdarm wechselnde, aber anscheinend geringe Mengen der Verdauungsenzyme, welche bei übermäßiger Ernährung die Nahrungsstoffe unter günstigen Bedingungen vielleicht noch im Dickdarm in weiter resorbierbare Produkte überführen können.

Der Dickdarm vermag unverändertes Eiweiß (Hühnereiweiß, Kasein) nicht zu resorbieren. Deshalb sind Eiweißklystiere in dieser Form wertlos. Die Resorption von Wasser, Rohrzucker und Traubenzucker ist im Dickdarm auffallend gering, jedenfalls bei weitem geringer als im Dünndarm. Der Dickdarm resorbiert das Alkali, welches in ihn mit dem Dickdarmkot gelangt. Beim Anus praeternaturalis, Darmausschaltungen usw., können durch die Alkalientziehung unter Umständen schwere Stoffwechselstörungen eintreten.

Starck (Karlsruhe.)

Nicola Fedele, Beitrag zum Gebrauch des „Paraganglin Vassele“ bei gastro-intestinaler Atonie und Prolapsus recti bei Kindern. (La Pediatria II. 1905.) Verf. hat das Mittel bei zehn Kindern mit Magendarmatonie und in drei Fällen von Rectumprolaps angewandt; er hat 40 Tropfen pro die in refracta dosi gegeben. Es wurde in allen Fällen ausgezeichnet vertragen. Die Wirkung bestand darin, daß stets mehr oder minder schnell die Magenauftreibung und die Obstipation verschwanden und die Stühle weniger übelriechend wurden. Ferner wurde der Allgemeinzustand günstig beeinflußt, indem der Appetit sich besserte. F.

Thomas, Réflexions sur l'auto-intoxication digestive et son traitement. (Annales de Méd. et Chir. infant. No. 14. S. 488. 1905.) Verf. bespricht die verschiedenen Ansichten und experimentellen Ergebnisse der Lehre von der Autointoxikation unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses, den dieselbe auf die Therapie gehabt hat. Er teilt die Kranken auf Grund seiner Untersuchung ein in folgende drei Gruppen: 1. Kranke, die an einfachen Verdauungsstörungen leiden, 2. solche, die an Verdauungsstörungen in der ersten Kindheit gelitten haben, und deren Folgen (Muskelschwäche, Störung der Sekretion) noch bestehen. Bei diesen kommt es vor allen Dingen darauf an, das Nervensystem zu behandeln. 3. Die gichtisch-nervösen, für die er besondere diätetische Vorschriften gibt.

Schreiber (Göttingen.)

Wm. Tatham (London), Tabes mesenterica. Death rates in England since 1850. (Tuberculosis. 1905. No. 1.) Eine Tabelle gibt die Sterblichkeit in allen Altersklassen an und zeigt, daß dieselbe sowohl in allen Altersklassen als auch in den Altersklassen unter 5 Jahren von 1851/60 bis 1871/80 zugenommen und seitdem allmählich abgenommen hat.

Es scheint eine Beziehung zwischen Tabes mesenterica und Diarrhöe (oder infektiöser Enteritis) zu bestehen. Diese beiden Krankheiten befallen am heftigsten Kinder unter einem Jahre, und die Sterblichkeit betrifft in beiden Fällen besonders die Altersklasse von 3—6 Monaten. Aus den offiziellen statistischen Jahresberichten geht hervor, daß die Sterblichkeit an diesen beiden Krankheiten (Tabes mesenterica und Diarrhöe der Kinder) fast immer zusammen steigt und fällt, sei es wegen der Schwierigkeiten der Diagnose, welche in der Tat oft groß sind, oder sei es, daß Tabes mesenterica wirklich häufiger während Perioden von epidemischer Diarrhöe zu tödlichem Ausgang führt. Grätzer.

J. Reichelt, Ulcus ventriculi im Kindesalter. (Aus der Prof. Frühwaldschen Abteilung an der Wiener allgemeinen Poliklinik.) (Wiener med. Presse. 1905. No. 3.) Die Fälle von echtem Ulcus ventriculi chronic. im Kindesalter sind sehr selten. R. hatte Gelegenheit, einen Fall bei einem 8jährigen Kinde zu beobachten. Der Fall, welcher letal endigte und zur Sektion gelangte, bot manche interessante Momente.

Ätiologisch mußte die vorhandene Hyperazidität, die eigentlich seit dem Säuglingsalter bestehende Dyspepsie als Grundursache angesprochen werden. Die Stellung der Diagnose gestaltete sich recht schwierig. Es konnte nur die Peritonitis mit Sicherheit bei ihrem akuten Einsetzen diagnostiziert werden; bis zum Momente der Perforation fand sich eigentlich kein typisches Ulcussymptom. Schmerzen waren vorhanden, aber nur selten in der Magengrube lokalisiert, häufig in der Seite, nicht in Brust und Arme ausstrahlend, auch nicht gegen die Wirbelsäule zu, woselbst auch kein schmerzhafter Druckpunkt zu finden war. Nahrungsaufnahme ohne besonderen Einfluß. Erbrechen bestand in continuo seit der Geburt und war zuletzt wenigstens ebenfalls von der Nahrungsaufnahme unabhängig; ja Patient verlangte selbst während der Schmerzanfälle ziemlich viel Flüssigkeit zu trinken und behielt dieselbe. Das Erbrechen soll stets stark sauer gerochen haben. Bluterbrechen trat nie auf, auch im Stuhl zeigte sich solches nicht. Trotz der Sitzes des Geschwüres am Pylorusring, an der hinteren Wand der kleinen Kurvatur, kam es zu keiner stärkeren Stenosierung, und damit entfiel wieder ein Symptom, das oft massige Erbrechen.

Grätzer.

Arnold Orgler, Über Entfettungskuren im Kindesalter. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Damit der zu entfettende Organismus kein Eiweiß von seinem Bestande abgibt und damit dem psychischen Moment der Sättigung Rechnung getragen wird, muß die Nahrung so gewählt werden, daß sie bei großem Volumen dem Körper nur wenig Kalorien zuführt. Keine Oertel-Kur, bei welcher der Gewichtsverlust weniger durch Fettschwund als durch Wasserverarmung erzielt wird; sondern nach dem Vorgange von Rosenfeld: Vermeidung von Fett, Darreichung der voluminösen aber kalorienarmen Kartoffel und Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen. Ein $13\,^1/_2$ jähriger, mit konstitutioneller Fettleibigkeit behafteter Knabe von 72,2 kg Körpergewicht nahm auf diese Weise in 4 Wochen ohne Beschwerden um $4\,^1/_2$ kg ab. Das Tagesmenu lautete beispielsweise: 1. Frühstück: 100 ccm Tee mit Sacharin, 45 g Semmel, 10 g Honig. 2. Frühstück: 100 ccm Wasser, 85 g Semmel, 20 g Honig. Mittagessen: 450 ccm Wasser, 380 g Brühe, 100 g Rindfleisch, 180 g Kartoffel. Vesper: 45 g Semmel. Abendessen: 450 ccm Wasser, 280 g Brotsuppe, 140 g Kartoffel. Ein Stoffwechselversuch ergibt am ersten Tage eine Abgabe von 0,6 g N vom Stickstoff des Organismus, am 2. und 3. Tage positive N-Bilanz, indem 0,3 bzw. 0,4 g N zurückgehalten werden, so daß eine Abnahme von 0,6 g N eine Retention von 0,7 g gegenüber steht, also ein Ansatz von 0,1 g N stattgefunden hat. Ein zweiter Versuch ergibt einen Ansatz von 2,2 g Stickstoff in 6 Tagen. Hecker.

S. Abramow, Beiträge zur Pathogenese des Ikterus. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 2.) A. behandelt alle nur denkbaren Formen des Ikterus beim Erwachsenen und Neugeborenen in 5 Kapiteln, an deren Spitze je eine umfangreiche Literaturbesprechung steht. Er betont, daß bei den verschiedenen Krankheitsursachen die Entstehung des Ikterus eine verschiedene ist, und daß Ikterus nie an sich eine Krankheit, sondern nur ein Symptom ist. Beim Stauungsikterus kommen Läsionen der Gallenkapillaren zustande, so daß die Galle unmittelbar in das Lymphgefäßsystem der Leber gelangen kann. Man hat bei ihm partiellen und totalen Verschluß der Gallenabflußwege zu unterscheiden; bei ersterem spielen die Gallenthromben ätiologisch eine Rolle, während sie bei diesem nur ein Symptom sind. Beim Ikterus, der auf Zirkulationsstörungen beruht, sind die Gallenthromben gleichfalls von ätiologischer Bedeutung. Es kommt zu umschriebener Eindickung der Galle, wodurch die Gallengänge und -kapillaren verlegt werden. Bei dem Ikterus bei Leberzirrhose spielen verschiedene Momente mit, teils handelt es sich um Stauung, teils um Schädigung der Leberzellen. Diese kann sich einmal in umschriebener Nekrose der Zellen, wodurch der Galle der Übertritt in das Lymphgefäßsystem ermöglicht wird, sodann in Überproduktion von Galle seitens der Zellen äußern. Auch der symptomatische Ikterus bei Infektionskrankheiten beruht auf einer vermehrten Tätigkeit der Leberzellen, auf einer Polycholie. Mechanische Momente, auch Gallenthromben, kommen nicht in Betracht. Gleichfalls auf eine Schädigung der Leberzellen beruht der Ikterus der Neugeborenen. Als Ursache muß die stets nachgewiesene Stauungshyperämie der Leber angesehen werden. Aus den Befunden beim Ikterus läßt sich ein Schluß auch auf die normale Beschaffenheit der Gallenkapillaren ziehen. Die Gallenkapillaren sind nach A.s Ansicht auch innerhalb der Leberzellen ganz selbständige Gebilde, denen möglicherweise sogar ein faseriger Bau zukommt. Der Cuticularsaum der Gallengangsepithelien ist als ununterbrochene, bis in die Zellen reichende Membran aufzufassen. Bennecke (Marburg).

L. Lagrère, Über habituellen Icterus gravis Neugeborener. (Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Bd. 10. Heft 1.) Verf. bespricht eine in der Univers.-Frauenklinik in Straßburg beobachtete Erkrankung, welche drei hintereinander geborene Kinder der nämlichen Eltern in den ersten Lebenstagen befiel, und welcher zwei dieser Kinder unter schweren Symptomen in kürzester Zeit erlagen. Er erwähnt dann weiter noch einen ähnlichen von Prof. Fehling schon früher in der Hallenser Frauenklinik beobachteten Fall von habitueller Erkrankung eines Neugeborenen. Die betreffenden Erkrankungen haben in ihren Erscheinungen große Ähnlichkeit mit der Buhlschen Krankheit (akute Fettdegeneration der Neugeborenen) und der Winckelschen Krankheit (Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum Haemoglobinuria), unterscheiden sich aber von ersterer Affektion durch das absolute Fehlen jeglicher Degenerationserscheinungen, wie in den beiden zur Sektion gekommenen Fällen nachgewiesen wurde, und von der Winckelschen Krankheit dadurch, daß die bei derselben besonders hervorgehobenen

Symptome der Zyanose und Hämoglobinurie fehlen. L. bezeichnet diesen bis jetzt noch nicht beschriebenen Krankheitsprozeß als habituellen Icterus gravis Neugeborener, welcher wohl durch eine kongenitale Intoxikation der Früchte vermittels geistiger Stoffwechselprodukte des mütterlichen Organismus hervorgerufen wurde. Für eine intrauterine Schädigung der Kinder spricht auch der auffallende Befund, daß bei zwei von diesen, in der Klinik beobachteten Geburten das Fruchtwasser trotz ungestört verlaufener Geburt reichlich Meconium enthielt. Hailmann (München).

J. Langer, Über gehäufteres Auftreten von Icterus catarrhalis bei Kindern in Prag und dessen Umgebung. (Aus dem Kaiser Franz Joseph-Kinderspital in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1905. No. 24—27.) Die Ergebnisse seiner Beobachtungen faßt L. wie folgt zusammen:

1. Wie in anderen größeren Städten treten auch in Prag und seinen Vororten während der Herbst- und Wintermonate Ikteruserkrankungen in gehäufterer Anzahl auf; der klinische Verlauf dieser Ikterusfälle gleicht dem des katarrhalischen Ikterus.

2. Das erste Lebensjahr erscheint auffallend selten von Ikterus betroffen, das Gros der Erkrankten steht im 2.—6. Jahre.

3. Als Ursache der Krankheit wurden bei $^1/_5$ der Fälle Diätfehler beschuldigt, während bei allen übrigen ein ursächliches Moment nicht angegeben wurde.

4. Neben den Krankheitssymptomen: fieberhafter Beginn, Milztumor, deutet namentlich das in oft größeren Zwischenräumen erfolgende Erkranken von Familienmitgliedern, sowie in regerem Verkehr miteinander stehenden Personen auf die ätiologische Wirkung eines lebenden Virus hin; wir stimmen der Annahme bei, daß der katarrhalische, epidemische Ikterus als eine Infektionskrankheit oder als Symptom einer noch nicht näher bekannten Infektionskrankheit aufzufassen ist.

5. Die Verteilung der Ikterusfälle über das Stadtgebiet ist zwar regellos; bei längerer Beobachtungszeit ergeben sich jedoch deutliche Häufungen der Gelbsuchtfälle ineinander benachbarten Gassen oder selbst in einzelnen Häusern.

6. Das Serum von an Ikterus catarrhalis epidemicus Leidenden zeigte, mit Fickerschem Diagnostikum untersucht, in den Fällen unserer Beobachtung niemals spezifische Agglutination. Grätzer.

Olinto de Oliveira (Porto-Alegre), La Dysenterie amibienne chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Avril 1905.) Der Verf. hat über 100 Fälle von Amöbendysenterie im Laufe von 2 Jahren zu beobachten Gelegenheit gehabt und über dieselben eingehendere Untersuchungen angestellt. Vor allem muß gesagt werden, daß es sich um eine endemische Krankheit handelt und dieselbe niemals epidemischen Charakter annimmt, wie die Shigasche bazilläre Dysenterie. Auch ist dieselbe nicht kontagiös, obwohl O. Fälle beobachten konnte, welche auf Ansteckung hinweisen würden.

Kinder bis zu einem Jahre bleiben von der Krankheit verschont;

die Frequenz steigt dann mit zunehmendem Alter, ist am größten zwischen 5 und 10 Jahren und nimmt dann wieder stetig ab. Das Trinkwasser scheint für die Verbreitung der Affektion gleichgültig zu sein, hingegen scheinen gewisse Früchte in dieser Beziehung eine Rolle zu spielen. Obwohl es noch nicht festgestellt werden konnte, ob diese die pathogenen Keime führen, oder nur den Boden für die Entwicklung derselben im Darme vorbereiten, etwa durch Hervorrufen einer Indigestion.

Man findet die Amöben der Dysenterie in den Dejekten und in der Wand des Dickdarmes, namentlich auf dem Grunde der Geschwüre; sie erscheinen in den ersten Stunden der Erkrankung, sind also keine sekundären Parasiten. Dieselben stellen eine unregelmäßige Protoplasmamasse dar, die sowohl ihre Form verändern, als auch mit einer gewissen Raschheit sich fortbewegen kann. Im toten Zustande haben sie kugelige Form mit einem Durchmesser von 20—25 μ. Man findet in denselben zahlreiche Granulationen, Vakuolen, Bakterien und aufgenommene rote Blutkörperchen.

Die Läsionen der Amöbendysenterie beschränken sich fast immer auf den Dickdarm und reichen sehr selten über das Colon transversum hinaus, es sind meist mehr oder weniger zahlreiche Geschwüre sehr verschiedener Größe, mit dicken, geröteten Rändern, zwischen welchen sich normales oder kongestioniertes Schleimhautgewebe erstreckt. Man nimmt an, daß dieselben durch eine toxische, von den Amöben sezernierte und den Geweben absorbierte Substanz bewirkt werden. Die Blutungen, welche die Krankheit begleiten, rühren entweder von diesen Geschwüren her, oder sind durch den Tenesmus und die krampfhaften Darmkontraktionen hervorgerufen.

Die Amöbendysenterie hat gewöhnlich einen langsamen, hartnäckigen und rezidivierenden Verlauf, doch kommen mitunter auch akute, mit hohem Fieber einhergehende Formen vor. In anderen Fällen ist der Verlauf ein wechselnder, oder es treten Komplikationen auf, welche möglicherweise auf Bakterienassoziationen beruhen.

Symptomatisch ist die Stuhlentleerung von größter Wichtigkeit; dieselbe besteht fast ausschließlich aus dicklichem oder flüssigem Schleime, untermischt mit fetzigen und krümeligen Teilchen und Blut in wechselnder Menge, beginnend mit roten Punkten oder Streifen und bis zu wirklichen Hämorrhagien. In chronischen Fällen findet man meist geformte Stuhlmassen, auf welchen sich blutige Schleimmassen abgelagert haben.

Mikroskopisch findet man in den Schleimmassen zahlreiche mehr oder weniger degenerierte Darmepithelien, rote Blutkörperchen, Rundzellen, Mastzellen, azidophile und eosinophile Zellen, sowie auch die charakteristischen Parasiten. Außerdem findet man fast immer die länglichen oktaedrischen Kristalle von Charcot-Leyden, seltener Oxalate und Tripelphosphate.

Die Prognose ist quoad vitam eine gute, da Leberabszesse, welche eine gefährliche Komplikation bei Erwachsenen bilden, bei Kindern kaum jemals vorkommen. Nichtsdestoweniger ist die Krankheit eine ernste durch ihre Tendenz zu Rezidiven, durch die fort-

schreitende Verschlechterung der Gesundheit und dadurch, daß sie hartnäckig der Behandlung widersteht.

Bezüglich der Therapie ist ein frühzeitiges Eingreifen von größter Wichtigkeit; widersteht die Krankheit derselben, so ist es wahrscheinlich, daß sie in den chronischen Zustand übergehen wird. In erster Reihe soll strenge Diät beobachtet werden und die Nahrung nur auf Abkochungen von Reis, Gerste oder Hafer beschränkt werden; jede sonstige Nahrung, auch Milch und Suppe, ist zu vermeiden. Ferner Kalomel in kleinen Dosen, event. in Verbindung mit Ipecacuanha und Opium. Lokal, reichliche lauwarme Klysmen von Stärke oder Mucilaginosa. Nach Vorübergehen des akuten Stadiums, Milchsäure als Limonade, tonische Adstringentien (Siarouba, Guarana) und antiseptische Klysmen (Chinin, Thymol, Wasserstoffsuperoxyd usw.).

In chronischen Fällen beginnt man am zweckmäßigsten die Behandlung, indem man ein salines Abführmittel verabreicht, dann eine strenge Diät einhalten läßt. Man läßt Milch, gemischt mit schleimigen Abkochungen, Mehlsuppen und, falls es sich um ältere Kinder handelt, auch Fleischsuppe und Eier genießen.

Medikamente haben auf den Verlauf nur geringe Einwirkung und von den vielen empfohlenen hat vielleicht nur der präzipitierte Schwefel irgendwelche Wirkung. Mitunter ist es zweckmäßig, denselben mit Bismut und Adstringentien zu verbinden, auch dürfen die erwähnten Darmirrigationen nicht vernachlässigt werden. Eine allgemein tonisierende Behandlung und Landluft hat manchmal eine günstige Wirkung.

E. Toff (Braila).

H. Ziemann (Kamerun), Über eitrige Perforationsperitonitis und Spulwürmer bei einem Neger. (Archiv f. Schiffs- u. Tropenhygiene. 1905. No. 1.) Zu Z. wurde ein 12jähriger Negerknabe schwerkrank gebracht. Patient war erst vor 4 Stunden erkrankt, mit mehrmaligem Erbrechen und heftigen Leibschmerzen. Z. fand Temperatur 38,9°, Puls kaum fühlbar (140), Leib gespannt, aufgetrieben, stark druckempfindlich. Wenige Minuten später Exitus. Sofort Sektion. Frisches, eitrig-fibrinöses Exsudat in der Bauchhöhle, Darmschlingen miteinander verklebt; zwischen den Dünndarmschlingen einige Kotkörperchen, daneben zwei große Spulwürmer; in der Dünndarmwand zwei kreisrunde, wie mit einem Locheisen ausgeschlagene Löcher, beide in den mittleren Partien des Ileum. Im ganzen Darm eine ungeheure Menge von Spulwürmern.

Offenbar hatte die bohrende Wirkung der Würmer die Löcher geschaffen, durch austretenden Kot aber war die eitrige, äußerst rapid verlaufende Peritonitis entstanden.

Grätzer.

Wilhelm Ebstein, Die Strangulationsmarke beim Spulwurm in ihrer diagnostischen Bedeutung. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1904. Bd. 81. Nr. 5 u. 6.) Während man früher annahm, daß Spulwürmer, welche in den Gallenwegen gefunden wurden, erst post mortem dahin gelangt seien, weiß man heute bestimmt, daß eine Einwanderung in die Gallenwege bereits intra vitam stattfinden und zu den schwersten Krankheitserscheinungen, selbst zum Tode führen können.

E. macht nun auf ein Merkmal aufmerksam, aus welchem bei einem im Stuhl abgehenden Spulwurm mit einiger Sicherheit auf ein früheres Verweilen in den Gallenwegen geschlossen werden kann; nämlich das Vorkommen einer Strangulationsmarke.

In einem Falle von Choledochusverschluß mit septischer Entzündung der Gallenwege trat sofort Besserung und später Heilung ein, nachdem zwei abgstorbene Spulwürmer mit dem Stuhl abgegangen waren. Einer derselben zeigte hinter dem Kopfende einen deutlichen Schnürring und E. nahm wohl mit Recht an, daß der Kopfteil bis zum Schnürring im Ductus choledochus gesteckt und diesen obturiert hat. Starck (Karlsruhe).

O. Wagner, Oxyuris vermicularis in der Darmwand. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1904. Bd. 81. Nr. 3 u. 4.) Bei der Sektion eines an Scharlachsepsis verstorbenen 5 jährigen Mädchens wurden in drei Peyerschen Platten des untern Ileum je etwa 15—20 kleinste bis stecknadelkopfgroße, halbkugelige vorspringende grauweißliche Knötchen gefunden, die sich bei der Berührung mit einer feinen Sonde wie Sandkörnchen anfühlten. Dieselben wurden für Kalkknötchen gehalten. Unter dem Mikroskop konnten in mehreren der Kalkherdchen Oxyuren nachgewiesen werden. W. ist auf Grund des mikroskopischen Befundes der Ansicht, daß die jungen Oxyuren an die erkrankten, oberflächlich zerfallenen Follikel der Peyerschen Platten gelangt sind, sich hier in die Tiefe gebohrt haben, und daß sie schließlich bei der Ausheilung der kleinen Follikulargeschwüre in diese eingeschlossen verkalkt sind.

Ein derartiges Einwandern von Oxyuren in der Haut oder Schleimhaut ist bis jetzt nur in seltenen Fällen (Froelich, Ruffer) beobachtet worden. Starck (Karlsruhe).

O. Wagner, Weitere Untersuchungen über Oxyuris vermicularis in der Darmwand des Menschen. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) W. teilt zu dem von ihm veröffentlichten ersten Falle von verkalktem Oxyuris vermicularis in der Darmwand des Menschen — meist handelt es sich um Kinder von 3—10 Jahren — weitere mit. Die fraglichen Gebilde erscheinen makroskopisch als stecknadelkopfgroße, stark prominierende, harte, nicht sehr fest haftende, grauweißliche Gebilde, die kaum mit etwas anderem verwechselt werden können. Meist liegen sie in Peyerschen Haufen. Mikroskopisch lassen sich die in Frage kommenden Parasiten meist als solche erkennen, indessen ließ sich nicht in jeden Schnitte der Nachweis erbringen, daß es sich Oxyuriden handelt. Einmal gelang es, einen lebenden Oxyuris in der Schleimhaut des Processus vermiformis nachzuweisen. Indessen fanden sich keine Entzündungserscheinungen am Processus. Zu welchem Zwecke sich der Wurm in die Darmwand einbohrt, ist unklar. Bennecke (Marburg).

L. Boyer, Y a-t-il une pelade d'origine helminthique? (Inaugural-Dissertation. Paris 1904.) Die Frage, ob eine Alopecia areata, auf Helminthen beruhend, möglich sei, ist noch keineswegs mit Sicherheit zu beantworten, doch glaubt der Verf. aus der Beob-

achtung dreier Fälle auf die Möglichkeit dieser Ätiologie schließen zu dürfen. Es würde sich um eine neuro-trophische Störung, ähnlich anderen, welche in Verbindung mit den in Rede stehenden Parasiten auftreten, handeln, vielleicht infolge eines Reflexes auf dem Sympathicus. Jedenfalls sollte man bei hartnäckigen Fällen der betreffenden Krankheit auch an die Möglichkeit des Vorhandenseins von Bandwürmern denken und vor allem an eine Entfernung derselben schreiten.

E. Toff (Braila).

A. Sandler, Trichocephaliasis mit tödlichem Ausgang. (Aus dem Jüd. Krankenhause in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 3.) Es handelt sich um einem 11jährigen Knaben, welcher an äußerster Anämie litt und daran starb. Vorher hatten Leibschmerzen und diarrhöische, blutige Stühle das Krankheitsbild beherrscht. Hochgradige Anämie und blutige Diarrhöen sind ein Symptomenkomplex, den schon einige Fälle von Trichocephaliasis dargeboten haben. Auch bei S.s Patienten wurden im Stuhle Eier von Trichocephalus dispar. gefunden, und alle Umstände sprechen also dafür, daß das schwere Leiden und der letale Ausgang der Trichocephaliasis zuzuschreiben waren, zumal andere Ursachen nicht eruiert werden konnten.

Grätzer.

Francesco Cima, Ein Fall von Anämie infolge Anchylostomumerkrankung und Anguillula intestinalis. (La Pediatria. Juni 1905.) Bei einem 3jährigen Kinder mit hochgradigster Anämie fanden sich in den Fäzes zahlreiche Anguillulae und Anchylostomumeier. Das Kind stammte aus einer Gegend, in der sehr schlechte Trinkwasserverhältnisse herrschten. Nach Darreichung von Extr. filicis maris fanden sich in den Fäzes auch zahlreiche Anchylostomen. Die Menge der in den nächsten Tagen unter antihelmintischer Behandlung ausgeschiedenen Anguillulae schätzt Verf. auf eine Million. Verf. hat Versuche darüber angestellt, ob dem alkoholischen Extrakt aus den Fäzes eine hämolytische Wirkung innewohnt; diese Versuche führten zu einem Resultat, das als positiv gedeutet werden konnte. Untersuchungen über toxische Eigenschaften des Extrakts ergaben, daß 10 g Fäzes für 1600 g Kaninchen toxisch waren.

F.

A. Jaquet (Basel), Die wirksamen Bestandteile des Extractum filicis maris und ihre therapeutische Verwendung. (Therap. Monatshefte. August 1905.) J. beschäftigt sich hauptsächlich mit dem Filmaron, mit dem er bei Tieren und Menschen Versuche angestellt hat. Filmaron ist ein gelbes, amorphes, in Chloroform und Äther leicht, in Alkohol, in Wasser unlösliches Pulver, das in trockenem Zustande vollkommen beständig ist. Im Laufe der Jahre hat J. damit 38 Kuren gemacht, sämtliche bei Taenia saginata. Nach einer Vorkur am Tage vorher (Darmentleerung vormittags, abends Zwiebelsuppe und Heringssalat) wurde das Mittel morgens nüchtern, bei Erwachsenen zu 0,7—1 g, meist gelöst in 1—2 g Chloroform und 20—30 g Rizinusöl, gegeben (in Bierschaum); eine Stunde später erhielt der Patient 1—2 Eßlöffel Rizinusöl nach, und wenn nach 3 Stunden noch kein Stuhl erfolgt war, ein Glyzerin- oder

Seifenwasserklistier. Nur 4mal Mißerfolg, darunter drei Kinder, die offenbar zu wenig Filmaron erhalten hatten. Eine Reihe von Kindern von 8—12 Jahren erhielt ruhig 0,5—0,7, ja ein $2^3/_4$ jähriges Kind einmal 0,3 g ohne jeden Nachteil. Diese Resultate lassen über die anthelminthischen Eigenschaften des Filmarons keinen Zweifel. Dabei wurden, abgesehen von unbedeutender Übelkeit oder Leibschmerzen in einigen Fällen, nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet.

Grätzer.

Went, Taenia cucumerina. (Nederl. Tydskrift voor Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 1088.) Diese in Holland sehr seltene Taeniaart wurde von W. beobachtet bei einem Säugling von 4 Monaten, der schon einen Monat lang die Erscheinungen dargeboten haben soll. Die Abtreibung wurde versucht mit Kamala, 2mal täglich 1 g. Der Kopf wurde nicht gefunden.

Graanboom (Amsterdam).

Riddell, Cases of intestinal obstruction. (The Scottisch med. and surg. Journ. 1905. S. 320.) Der zweite von R. mitgeteilte Fall betrifft einen 13jährigen Knaben, bei dem sich eine Ileokökal-Intussuszeption fand, die sich nach der Laparotomie sehr leicht löste. Beobachtenswert war, daß sich bei der Palpation kein Tumor nachweisen ließ.

Schreiber (Göttingen).

A. Reuterskiöld (Schwede), Über primäres Lymphosarkom des Dünndarms. (Upsala Läkariförenings Förhandlingar. 1905. N. F. Bd. 10. Heft 3.) Ein 11jähriger Knabe war vor 14 Tagen unter Symptomen von Ileus plötzlich erkrankt; der Anfall ging schnell vorüber, aber wiederholte sich nach einer Woche und blieb dann dauernd. Laparotomie zeigte einen apfelgroßen Tumor bei der Valvula Bauhini. Es wurde primäre Darmresektion mit terminaler Suturierung vorgenommen, da das hypertrophische und dilatierte Ileum sich eben so weit als das Coecum erwies. Drainage um die Suturstelle. Die Obduktion zeigte Bronchopneumonie, am Operationsfelde nichts Abnormes, einige vergrößerte Lymphdrüsen im Mesenterium, übrigens keine Metastasen. Die pathologisch-anatomische Untersuchung zeigte, daß es sich um ein primäres Lymphosarkom, von den Solitärfollikeln ausgehend, handelte. Eine Kasuistik schließt die Abhandlung.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Lameris, Kongenitale Atresie des Dünndarmes. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1905. Bd. 1. S. 1151.) In der Sitzung der Gesellschaft für Heilkunde wurde von L. berichtet über einen von ihm beobachteten und operierten Fall. Bei dem sonst ganz normalen Neonatus wurde direkt nach der Geburt konstatiert: Erbrechen von Mekonium, Fehlen von Abgang des Mekoniums durch den After. Genitalien, Anus und Nabel normal. Starke Tympanitis. Sichtbare Peristaltik des Dünndarmes in der Gegend des Nabels, und sich fortbewegend in der Richtung nach dem Coecum. Ein Nelatonkatheter ließ sich mehr als 10 cm weit im After hinaufschieben. Nach Analogie eines schon früher von L. beobachteten Falles wurde alsdann die Diagnose gestellt, Atresie des Dünndarmes in der Höhe des Coecums, und es wurde zur Operation an einem der ersten Lebenstage ge-

schritten. Incisio in der Linea alba. Es zeigt sich eine zu völligem Abschluß führende Abschnürung im Ileum, so daß dieses geteilt ist in einen durch diese Abschnürung getrennten oberen, sehr erweiterten und unteren sehr verkümmerten Teil. Kolon sehr dünn und in seiner Entwicklung zurückgeblieben. Es wurde zwischen oberem und unterem Teil des Ileums eine Anastomose gemacht. Tod 36 Stundun post operationem.

L. ist der Meinung auf Grund seines Befundes bei der Autopsie, daß in seinen zwei beobachteten Fällen die Abschnürung des Dünndarmes stattgefunden hat auf der Höhe des Ductus omphalo-entericus, und daß dieser Ductus für die Entstehung der kongenitalen Abschnürung eine sehr bedeutende Rolle spielt. Graanboom (Amsterdam).

K. Forkel, Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarms ohne Stenose. (Aus dem patholog. Institut der Universität in Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. No. 9.) Ein 2 Tage altes Kind erkrankte plötzlich unter Ileuserscheinungen und starb noch am gleichen Tage. Wie die Sektion zeigte, wies das Kind eine angeborene zylindrische Erweiterung eines Jejunumabschnittes bei Mangel jeglichen Hindernisses in den weiter abwärts gelegenen Teilen und Fehlen von Anomalien im Bau der Wand der dilatierten Partie auf, also eine auf einer Entwicklungsstörung beruhende Veränderung. Durch mehrfache Abknickung des erweiterten Darmabschnittes war der Tod herbeigeführt worden.

Bei dem 1 Jahr zuvor geborenen Bruder des Kindes bestand völlige Atresie des Rektum; über sonstige Mißbildungen in der Familie war nichts zu eruieren. Grätzer.

J. Graanboom, Jets over de ziekte von Hirschsprung. (Megalocolon congenitum.) (Zur Hirschsprungschen Krankheit.) (Nederl. Tydschrift voor Geeneskunde. 1905. Bd. 1. S. 442.) Die durch von Hirschsprung im Jahre 1886 beschriebene Krankheit, gewöhnlich nach diesem Autor Hirschsprungsche Krankheit, durch Andere Krankheit von Mya, und durch Mya Megalocolon congenitum genannt, ist charakterisiert klinisch durch Erscheinungen von Stenose des Dickdarms (Stuhlträgheit, Auftreibung und sichtbare Peristaltik des Dickdarms), während anatomisch statt einer Stenose im Gegenteil eine Erweiterung und Verlängerung des Dickdarms gefunden wird.

Aus verschiedenen Gründen ist durch Hirschsprung und später auch durch Concetti und Mya die Meinung ausgesprochen, daß diese Krankheit ein Morbus sui generis, Folge einer angeborenen Dilatation des Dickdarms sei.

Der ganz entgegengesetzten Meinung ist Marfan, der die Krankheit auffaßt als gehörend zu dem Krankheitsbilde der von ihm beschriebenen kongenitalen Konstipation. Dies sollte die Folge sein einer außerordentlichen Länge des S. romanum im Säuglingsalter; durch diese Konstipation sollte dann die Dilatation des über dem S. romanum liegenden Dickdarms entstehen.

G. nun ist der Meinung, daß die Hirschsprungsche Krankheit streng gesondert werden muß von der durch Marfan beschriebenen

kongenitalen Konstipation, und er schlägt für diese letzte den Namen vor: Pseudo-megalocolon congenitum. Während nun die wahre Hirschsprungsche Krankheit, sich selber überlassen, in der Regel zum Tode führt, ist das Pseudo-megalocolon congenitum ein spontan heilbares Leiden, indem sich der Säuglingszustand des S. romanum mit fortschreitendem Alter verliert, und so die Konstipation mit sekundärer Dilatation sich ausgleicht.

Diese beiden in ihrem Wesen ganz verschiedenen Zustände sind in ihren klinischen Erscheinungen öfters so ähnlich, daß in einem konkreten Fall die Differentialdiagnose nicht immer möglich ist. Im allgemeinen soll das Auftreten der Erscheinungen sehr kurz nach der Geburt für die wahre Hirschsprungsche Krankheit sprechen.

Ein derartiger ist der folgende von G. bei einem Knaben wahrgenommene Fall, wo die Erscheinungen sich schon in den ersten Tagen nach der Geburt einstellten, der zu Laparotomie mit letalem Ausgang führte, und wo bei der Obduktion der ganze Dickdarm vom Ileum bis zum Anus, also der über, aber auch der unter dem S. romanum liegende Dickdarm erweitert, verlängert und verdickt war.

Bei dem Säugling männlichen Geschlechts, an der Brust der Mutter ernährt, entleerte sich das Mekonium schon viel träger als normal. In der vierten Lebenswoche Auftreibung des Leibes bei ausgezeichnetem Allgemeinbefinden und regelmäßiger Körpergewichtszunahme. Kam in Behandlung in der sechsten Lebenswoche wegen starkem Meteorismus und sehr hartnäckiger Obstipation. Körpergewicht des sehr gut aussehenden Kindes ist 3700 g. Nur mit Hilfe eines hohen Klismas gelang es, Defäkation zu erzielen und nach dieser verminderte sich die starke Auftreibung des Bauches. Allmählich verschlimmerten sich die Erscheinungen, auch wurde das Allgemeinbefinden gestört. Körpergewicht in der 14. Woche 4400 g. Es stellt sich alsdann Erbrechen ein. Änderung der Ernährung, Darmirrigation und alle anderen angewandten Mittel blieben ohne Erfolg. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich fortwährend und das Kind war allmählich so herunter gekommen, daß im Alter von 4 Monaten zur Laparotomie geschritten wurde.

Durch Enteroanostomose wurde durch Lanz das Ileum in in den unteren Teil des S. romanum gebracht und so der ganze Dickdarm ausgeschaltet.

Die ersten Tage nach der Operation verliefen befriedigend; der Bauch wurde schlaff, die Defäkation folgte spontan und das Erbrechen hörte auf. Kurz darauf traten Erscheinungen auf von akuter Peritonitis. Exitus letalis am 10. Tage nach der Operation.

Bei der Obduktion wurde als Todesursache akute Peritonitis gefunden. Der Dickdarm war vom Ileum bis zum Anus erweitert. Bei der Messung ergab sich: Länge des Säuglings 57, Umfang Colon transversum 12, Länge des Dickdarms 67 und Länge des Dünndarms 245 cm.

Marfan hat gefunden, daß beim normalen und beim darmkranken Säugling von dem Alter des Patienten die relative Länge des Dünndarms zu der des Dickdarms 7:1 ist. In G.s Fall war sie 3,7:1. Die relative Länge des Dickdarms war also verdoppelt.

In demselben Alter fand Marfan die Verhältnisse der Körperlänge zu der Länge des ganzen Darmes 1:7 u. 8 bei dem normalen, 1:8 u. 9 bei dem darmkranken und 1:9 u. 12 beim Säugling mit „gros ventre flasque“. In G.s Fall war sie 1:4,6. Es war also die relative Länge des ganzen Darmes nur die Hälfte, die relative Länge des Dickdarms das Doppelte von den Maßen des darmkranken Säuglings.

Es liegt für G. also kein Zweifel daran, daß in diesem Falle es sich um wahre Hirschsprungsche Krankheit handelte, und daß diese als Morbus sui generis aufgefaßt werden muß.

Was die Behandlung anbetrifft, ist G. der Meinung, daß, eben weil beide genannten pathologischen Zustände am Krankenbette so schwer zu unterscheiden sind, und weil bei der Pseudomegalocolon Spontanheilung Regel ist, man in einem bestimmten Falle berechtigt ist zu expektativer Behandlung, so lange bis der Allgemeinzustand es zulässig macht. Wird am Ende Operation indiziert erachtet, so ist es empfehlenswert im Sinne Bjökstens anfänglich, behufs der Indicatio vitalis, einen Anus praeternaturalis anzulegen und dann später, sobald sich der allgemeine Zustand gebessert hat, zur Enteroanastomose zu schreiten.

Autoreferat.

Fr. Stirnemann, Hirschsprungsche Krankheit oder Megacolon congenitum. (Aus dem Kinderspital Zürich.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. No. 18.) Typischer Fall bei einem $3\,^1/_2$ Monate alten Kinde. Es handelte sich um eine kongenitale Dilatation der Flexura sigmoidea und idiopathische Hypertrophie derselben. Die Blähung des Darmes trat sofort nach der Geburt auf, sobald überhaupt durch die Darmbakterien Gase entwickelt wurden. Erst zeigte bloß die Gegend der Flexur die Blähung, dann später entstand allgemeiner Meteorismus; damit stand auch der anatomische Befund im Zusammenhang, daß eigentlich nur die Flexur deutlich hypertrophische Wanderungen zeigte. Es beweist dies, daß das Leiden durch sekundäre Dilatation der höher gelegenen Kolonteile fortschreitet.

Bemerkenswert war das multiple Auftreten von Mißbildungen: 5fache Lappung der rechten Lunge, und Nebenmilzen.

Grätzer.

G. Gourévitch, Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit. (Aus dem pathol.-anatom. Institut an der deutschen Universität in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. No. 47 u. 48.) Es handelt sich um einen $1\,^1/_4$ jährigen Knaben. Derselbe wurde operiert, starb aber bald darauf. Klinisch hatte sich vor allem eine von Geburt an bestehende, hartnäckige Verstopfung und Auftreibung des Abdomens geltend gemacht; anatomisch wurde eine enorme Erweiterung und muskulare Hypertrophie des Kolon, Coecum und weiter auch des untersten Ileum gefunden, dabei aber kein im aufgeschnittenen Darme sichtbares Hindernis für die Weiterbeförderung der Darmcontenta.

Der Fall ergibt teils Übereinstimmung mit der Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle, teils abweichendes Verhalten. Wie meist, war auch hier Pat. ein Knabe. Wie meist, hatte sich

auch hier die Erkrankung mit der Geburt manifestiert, und war Patient frühzeitig zum Exitus letalis gekommen. Das Allgemeinbefinden des Kindes war durch ziemlich lange Zeit ein gutes gewesen, erst im letzten Halbjahr war Abmagerung eingetreten. Analog den anderen Fällen war, daß die Erweiterung des Darmes und die Hypertrophie parallel gingen; eigenartig war, daß die Flexura sigmoidea, welche sonst sehr häufig an dieser Erweiterung und Hypertrophie teilnimmt, gar nicht davon betroffen war. In G.s Falle fehlten auch vollständig die sekundären ulzerösen Veränderungen der Mucosa, welche bei Kindern des Lebensalters, in welchem der Fall starb, nach Hirschsprung sehr oft beobachtet werden. Auch war keine bindegewebige Wucherung in der Darmwand, wie in manchen anderen Fällen, vorhanden.

Über die Genese der in Rede stehenden Krankheit differieren die Ansichten der einzelnen Autoren sehr bedeutend. Immerhin lassen sich aber dieselben in zwei Hauptgruppen bringen. Die erste Gruppe wird gebildet von jenen Anschauungen, nach welchen die Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms eine angeborene primäre Erkrankung, eine Entwicklungsanomalie ist, die zweite Gruppe von den Anschauungen, wonach nur besondere Längen- und Windungsverhältnisse des Dickdarms angeboren sind und infolge derselben die Dilatation und Hypertrophie erst sekundär zustande kommen.

Was nun obigen Fall betrifft, so war hier keine abnorme Länge des Dickdarms über der Flexura sigmoidea und auch keine abnorme Länge der Flexura sigmoidea vorhanden, wohl aber war das Mesenterium der Flexura sigmoidea abnorm lang gewesen und war die Flexura sigmoidea bei der Laparotomie von dem Operateur als stark geschlängelt konstatiert worden. Man könnte für diesen Fall mit der Vorstellung auskommen, daß einzig und allein eine abnorme Beschaffenheit des Mesenteriums der Flexura sigmoidea und eine damit zusammenhängende abnorme Schlängelung der Flexura sigmoidea das Hindernis für die Fortbewegung des Darminhalts abgegeben hatte. Dieses Hindernis hat von Geburt an bestanden und war allmählich infolgedessen die Dilatation und Hypertrophie des Darms über der S.-Schlinge eingetreten.

Gewiß aber kann man auch nicht vollständig von der Hand weisen die Vorstellung, daß hier ein, um mit Kredel zu sprechen, „Riesenwuchs“ des Kolon vorgelegen hatte. An dem bereits aufgeschnittenen und dem Körper entnommenen Darmpräparate war es für den objektiven Untersucher eben nicht mehr möglich, eine bestimmte Entscheidnng zu treffen und wird es in Zukunft von Wichtigkeit sein, bei analogen Fällen möglichst genau in situ den Darm und das Mesenterium zu studieren.

Immerhin scheint auf Grund des Befundes bei der Operation in diesem Falle die erstere Verstellung vielmehr Wahrscheinlichkeit für sich zu haben.

Grätzer.

Shaw and **Elting**, Pyloric Stenosis in Infancy. (Archives of Pediatrics. Dezember 1904.) Bericht über einen Fall von Pylorusstenose bei einem 11 monatlichen Mädchen. Das Erbrechen war äußerst hartnäckig, und nachdem alle üblichen Methoden versagt hatten, wurde

die vordere Gastroenterostomie nach Kocher gemacht, mit völliger Heilung.

Die beiden Autoren empfehlen ein operatives Eingreifen in derartigen Fällen. Man warte nicht bis das Kind erschöpft ist, sondern mache frühzeitig die Pyloroplastik oder die Gastroenterostomie.

Pylorusstenose bei Säuglingen soll gar nicht so selten vorkommen.

Leo Jacobi (Neuyork).

Tockel, Die sogenannte kongenitale Pylorushyperplasie, eine Entwicklungsstörung. (Aus dem patholog. Institut der Universität Göttingen.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 2.) Bei einem ca. 4 Wochen alten, an zunehmender Schwäche, die durch häufiges Erbrechen bedingt war, gestorbenen Kinde fand sich eine tumorartige Verdickung des Pylorus, die vom Magen her beginnend nach dem Pylorus zu an Mächtigkeit zunahm, um gegen das Duodenum scharf zu enden. Die Schleimhaut bildete über dem Tumor krausenartige Leisten. Die Verdickung ragte portioartig in das Duodenum hinein. Auf Serienschnitten fand sich eine mächtige Hyperplasie der Ringmuskulatur. Entsprechend der Schleimhautleisten wurden acht verästelte, tuberkulöse Drüsen, die allerhand Degenerationszeichen darboten, gefunden. Sie werden als versprengte Brennersche Drüsen gedeutet. Interessant ist die Befund von Fremdkörperzellen in der Nähe der Drüsen. Die Hyperplasie wird als eine Entwicklungsstörung aufgefaßt und hat nichts mit Adenomyomen oder spastischen Zuständen der Pylorusmuskulatur zu tun. Bennecke (Marburg).

G. Mya, Pylorusstenose und Sanduhrmagen nach fötaler Peritonitis mit angeborenem Herzfehler. (Monatschrift für Kinderheilkunde. Oktober 1905.) Ein etwa 2 Monate altes Kind fing bald nach der Geburt zu brechen an. Man mußte angeborene Pylorusstenose annehmen, deren Erscheinungen auch sonst zu konstatieren waren. Außerdem sprach der Befund noch für Vorhandensein eines angeborenen Megakolon (und zwar beschränkt auf Coecum und aufsteigende Portio des Kolon), eines angeborenen Herzfehlers und Verbindung der beiden Herzvorhöfe.

Das Kind starb bald, und die Sektion zeigte, daß die in vivo diagnostizierten Affektionen tatsächlich bestanden hatten, und daß dieselben, soweit sie sich auf den Magendarmtraktus bezogen, bedingt gewesen sein mußten durch eine während des intrauterinen Lebens abgelaufene Peritonitis, die hauptsächlich im oberen Teile des Unterleibes lokalisiert war; das entstandene fibrinöse Exsudat hatte sich in Bindegewebe umgewandelt. „Dieser Vorgang ließ als Folge eine bedeutende Menge Abschnürungen und bindegewebige Verwachsungen zurück, die die Form des Magens nach und nach veränderten, in zwei Höhlungen teilten und so das Kaliber des Pylorus durch einen fibroadhäsiven Peripyloritisprozeß verringerten“. — „Was den angeborenen Herzfehler betrifft, so kann möglicherweise auch ein endokarditischer Prozeß stattgefunden haben, der die Entwicklung verspätete, um so mehr, als die Zacken der Mitralis leicht zusammengezogen erschienen und an einzelnen Stellen knotiges Aussehen hatten.“

Grätzer.

Joh. Jul. Schmidt (Frankfurt a. M.), Die Pylorusstenose der Säuglinge. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 7.) Aus dem Studium der Literatur und zwei eigenen Beobachtungen zieht S. folgende Schlüsse:

1. Es gibt eine angeborene, graduell verschiedene Pylorusstenose im Säuglingsalter, die vielleicht gar nicht so selten ist, indem sie als solche nur in ihrer schweren Form erkannt wird und zur Behandlung kommt.

2. Die weitaus größte Anzahl dieser Fälle gehört ganz sicher der echten hypertrophischen, auf anatomischer Basis beruhender Form an und kann nur durch einen chirurgischen Eingriff geheilt werden.

3. Die seltenen Fälle von reinem Spasmus des Pylorus geben ein dankbares Feld für innere Therapie ab, ebenso wie die relativen organischen Stenosen mit kompensatorischer Magenhypertrophie.

4. Höchstwahrscheinlich treten noch häufige Mischformen auf, indem zu den muskulären Anlagen hypertrophischer Pylorusstenosen sekundäre Spasmen hinzutreten, die dann erst das Krankheitsbild zu einem vollständigen machen. Grätzer.

E. Loew (Königshütte), Über angeborene Pylorusstenose. (Die Therapie der Gegenwart. August 1905.) Der Fall hat besonders wegen der erfolgreich eingeleiteten Therapie Interesse. Der Säugling erbrach alles trotz aller therapeutischen Maßnahmen und magerte bis zum Skelett ab. Das änderte sich sofort, als L. dem Kinde nach jeder Mahlzeit einen Eßlöffel Karlsbader Mühlbrunnen reichen ließ. Die Nahrung wurde jetzt vorzüglich vertragen, das Kind nahm rapid zu und blieb gesund.

L. erklärt sich den Erfolg so: Das Kind hatte auch eine gastrische Dyspepsie. Die durch Milchsäuregärung stark sauren Ingesta steigerten jedenfalls durch reflektorische Erregung eines Pylorusspasmus die Stenose und schufen so einen Circulus vitiosus: das alkalische Wasser neutralisierte den sauren Mageninhalt und hob so den Reiz auf. Grätzer.

Rogers, A case of congenital stricture of the oesophagus. (Brit. journ. of childrens diseases. 1905. S. 390.) Das 22 Monate alte Kind war bis zum zehnten Monat gesund. Dann fing es an nach jeder Mahlzeit zu brechen, und zwar unveränderte Nahrung; magerte extrem ab. Bei genauer Untersuchung ergab sich, daß ein Teil der Speisen in den Magen gelangte, ein anderer aber im Ösophagus zurückgehalten wurde. Auch mit einer Sonde gelangte man nur zeitweise in den Magen. Die Röntgenuntersuchung mit Wismut ergab kein Resultat. Bei der Autopsie fand sich eine Stenose etwa ein Zoll über dem unteren Ende des Ösophagus. Über die Entstehung derselben ließ sich nichts aussagen. Schreiber (Göttingen).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Kurzer Bericht über den am 20. und 21. Oktober 1905 in Paris abgehaltenen Kongreß der „Gouttes de lait".

Der Kongreß wurde am 20. Oktober eröffnet im Institut Pasteur vom Finanzminister, dem Kollegen Dr. Merlon, in Gegenwart von Frau Loubet, der Gemahlin des Präsidenten der Republik. Etwa 500 Kongressisten waren anwesend und zehn Regierungen hatten einen Vertreter gesandt.

Hierauf hielt Roux, der Direktor vom Institut Pasteur, einen Vortrag, worin er hinwies auf den Einfluß, den die Lehre von Pasteur auf unsere Ansichten von den Verdauungstörungen beim Säugling geübt hat. Das gesunde Kind habe eine eine bestimmte Darmflora; bei der Behandlung der Verdauungsstörungen sei es unsere Aufgabe innerhalb des Darmkanals die Entwicklung einer normalen Flora zu fördern und die vorhandene schädliche Flora zu bekämpfen.

Variot, der hierauf das Wort bekam, sprach über die Arbeit, die von den „Gouttes de lait" vollbracht wird; diese erstrebt erstens, soviel als möglich, die Fehler, die an der künstlichen Ernährung haften, zu bekämpfen, und zweitens in dem Verteilen von Rat an die Mütter. Daß diese Arbeit erfolgreich ist, ergibt sich schon hieraus, daß die allgemeine Säuglingsmortalität viermal höher ist als die Mortalität der „Gouttes de lait"

Nach diesen Vorträgen fingen die eigentlichen wissenschaftlichen Arbeiten an. Von den vielen Besprechungen und Berichten erwähne ich nur folgende.

A. Über Zweck, Verwaltung, Einrichtung der „Gouttes de lait" sprachen u. a.: Variot (Paris) „Die Gouttes de lait" betrachtet als methodisehes Beobachtungsfeld für den Kinderarzt. Um diese Abteilung verständlich zu machen, will ich daran erinnern, daß in Paris viele Gebäranstalten Säuglingspolikliniken (consultations de nourrissons) mit sich verbunden haben. Unter diesen gibt es einige — z. B. die von Budin, verbunden mit der Maternité — die sich eines großen Zudranges erfreuen. Diese Polikliniken werden hauptsächlich besucht von Müttern, die in den Gebäranstalten untergekommen sind und die in den Polikliniken fortwährend Rat und Kontrolle finden. Variot weist auf den Gegensatz hin, der besteht zwischen den „Gouttes de lait" und jenen. Die „Gouttes de lait" wirken seit 1892 in Orten in und außerhalb Frankreich. Ein großer Teil dieser „Gouttes de lait" wird nur von künstlich ernährten Kindern besucht. Er schließt wie folgt: 1. In den Städten müssen die „Gouttes de lait" von Kinderärzten geleitet werden, an diesen Anstalten darf den gemischt und den künstlich Ernährten Zutritt gestattet werden. 2. Die Säuglingspolikliniken (consultations de nourrissons) dürfen nur natürlich ernährte Kinder zulassen, und da die natürliche Ernährung die physiologische ist, können diese Polikliniken von Geburtshelfern geleitet werden.

Dieser Vortrag veranlaßte lebhafte Besprechungen. Die meisten anwesenden Kongreßmitglieder wollten keine Trennung in Polikliniken für natürlich ernährte und solche für künstlich ernährte Kinder.

Aviragnet, der erste Bekämpfer von Variots Schlüssen, äußerte die Meinung, daß Variots Ansicht über die „Gouttes de lait" die natürliche Ernährung hindern würde statt sie zu fördern.

Auch Escherich wünschte, daß beide ungetrennt und in Händen von Kinderärzten sollten sein, denn in Deutschland hätten die Kinderärzte ja viel mehr als die Geburtshelfer gewirkt für die Verbreitung der natürlichen Ernährung. Er sagte, man sollte ein französisches Wort suchen, daß ebenso wie das deutsche Wort „Schutzstellen" die Verbindung von „consultations de nourrissons" mit „Gouttes de lait" bedeutet, also für Polikliniken, die sich sowohl mit den künstlich als mit den natürlich ernährten Säuglingen befassen.

Lust (Brüssel) „Die Entwicklung der „Gouttes de lait" in Belgien. Lust hat seit 1897 ein „Goutte de lait" in Brüssel; später sind mehrere in Belgien gefolgt; die verschiedenen in der ganzen Stadt verbreiteten „Gouttes de lait" in Brüssel werden alle aus einer zentralen „Goutte de lait" ernährt; der Preis ist 6 Centime für die Flasche, ungeachtet was dieselbe faßt.

Mac Cleary (London): **Geschichtlicher Überblick der „Gouttes de lait" in Großbritannien.**



Deutsch (Budapest): „Die Gouttes de lait in Budapest"; dieselben sind verbunden mit der Säuglingspoliklinik, wo soviel wie möglich die natürliche Ernährung gefördert wird.

Clarac (Madagaskar): spricht über die „Gouttes de lait" und die Beschützung (protection) der Säuglinge auf Madagaskar; infolge eines „Goutte de lait" fiel die Säuglingsmortalität in einem Jahre von 30 auf 12 %.

Lebland (Beauvais) spricht über den von ihm geleiteten „Goutte de lait", wo die natürliche Ernährung soviel als möglich gefördert wird.

Jacques Bertillon (Paris) weist auf die Fehler in den Statistiken betreffend der „Gouttes de lait" hin, er zeigt eine Methode, um die Statistiken mit mehr Erfolg zu benutzen.

Leroux (Paris) spricht über die Einrichtung des „Goutte de lait", das mit einem „Dispensaire" für kranke Kinder verbunden ist.

Gauchas (Paris) weist auf die Notwendigkeit hin, mit den „crèches" die „Gouttes de lait" zu verbinden, damit der Säugling auch während der Zeit, die er außerhalb der „crèches" verbringt, gute Milch bekommt.

Frau Dr. Margouliès (St. Petersburg) hält einen Vortrag über „Die Kindermortalität in Rußland", der besonders der Form halber viel Beifall erhielt. Von allen europäischen Staaten steht Rußland in dieser Hinsicht an der Spitze mit einer Durchschnittsziffer von 280, in Perm sogar 437 auf 1000. Diese Ziffern sind deutliche Belege für die ungünstigen ökonomischen und sozialen Zustände in Rußland. Folgen der Zerrüttung der russischen Gesellschaft. Trotz dieser außerordentlich hohen Mortalität steht die Frage erst seit kurzer Zeit auf der Tagesordnung; dies läßt sich jedoch sehr wohl begreifen; die Geburtziffern sind so hoch, daß die Entvölkerung die Politiker nicht beunruhigt, und die betroffenen Familien bekümmern sich auch nicht um den Zustand, denn das Elend ist so groß bei ihnen, daß der Tod freudig begrüßt wird. Dennoch fängt der Kampf gegen die Kindermortalität, der aus Frankreich übergebracht ist, an sich zu organisieren. Man hat während der letzten Jahre einige „Gouttes de lait" errichtet; viele davon sind jedoch infolge von Mangel an Mitteln wieder verschwunden.

Dr. Drou (Toureving) Bürgermeister von Toureving und Mitglied des Französichen Abgeordnetenhauses, weist auf die glänzenden Erfolge hin, die dort mit den „Gouttes de lait" erzielt sind; der Gemeindevorstand hat den „Gouttes de lait" eine sehr hohe Summe zur Verfügung gestellt.

Gourivaud (Brest): Die „Gouttes de lait" in Brest sind eine städtische Anstalt; sie verabreichen Milch an alle Frauen, die nicht stillen können, an die armen umsonst, an die anderen gegen Zahlung.

Grasset (Tours): Die „Goutte de lait" von Grasset wird weder von der Stadt noch von Privatpersonen unterstützt; sie ist errichtet mit einem Kapital von 6000 Francs und besteht vom Gewinn aus dem Verkauf, der Verkaufspreis ist verschieden je nach der Wohlhabenheit der Eltern.

Dufour (Fécamp) Die „Goutte de lait" muß offen sein für alle Mütter, besonders für die armen; sie finden dort Belehrung für die Ernährung und Versorgung der Säuglinge; die Milch muß nicht umsonst verabreicht werden. Aus seinen Statistiken erhellt noch, daß die „Gouttes de lait" wohl einen günstigen Einfluß geübt haben auf das Verhindern von Enteritis, nicht jedoch auf das Entstehen von ansteckenden Krankheiten.

B. Beobachtungen über die Barlowsche Krankheit. Hierüber referierten u. a. Brunon. Unter 7000 Säuglingen, die an den „Gouttes de lait" von Variot und Dufour mit sterilisierter Milch ernährt wurden, gab es nicht einen Fall.

Grasset hat eine Sammelforschung veranstaltet bei den 40 in Frankreich wirkenden „Gouttes de lait", von denen 36 Auskunft gegeben haben; daraus zeigt sich, daß unter 20946 Säuglingen, die seit der Errichtung ernährt sind, nur 9 Fälle vorgekommen sind.

Martinez-Vagas. Sterilisierte Milch, die innerhalb 24 Stunden getrunken wird, kann niemals Barlowsche Krankheit verursachen; dieselbe kann nur vorkommen bei Ernährung mit maternisierter Milch und mit Amylaceen.

C. Über die in den „Gouttes de lait" benutzte Milch sprachen u. a.: Davel (Buenos-Aires) verteidigt gesetzliche Überwachung gegen Milchfälschung. Seit in Buenos-Aires solche bestehen, ist die dortige Kindermortalität bedeutend gefallen. In einem Jahre wurde 6 % der Milch untauglich für den Gebrauch erklärt.



Concetti (Rom). Durch eine Arbeit mit Solverini ist es ihm geglückt, eine gänzlich reine Milch herzustellen, die mehrere Tage ihre vitalen Eigenschaften behält und ganz frisch bleibt. Diese aseptisch aufgefangene Milch wird in Flaschen, die Kohlensäure enthalten, in Umsatz gebracht.

Bayeux (Paris) demonstriert, daß aseptisch aufgefangene Milch 2 Tage gut bleibt, wenn man sie abgekühlt bis auf + 2° C. bewahrt.

Lust (Brüssel) spricht über seine drei einfachen Untersuchungsmethoden, um Verfaulung oder Fälschung von Milch zu entdecken: 1. den Acidobutyrometer für Fettbestimmung. 2. die Kryoskopie. Der normale Gefrierpunkt der Kuhmilch ist zwischen – 0.55 und – 0.56° C,; Abweichungen von dieser Zahl weisen auf Verdünnung oder Mischung mit fremden Stoffen oder Verunreinigung hin. 3. Bestimmung der Acidität durch Normal-Natronlösung.

D. Über verwandte Gegenstände sprachen u. a.: Würz (Straßburg) weist hin auf die niedere Mortalität (nur 15%) in seiner Säuglingsklinik, wo jährlich 142 Säuglinge, leidend an schweren Verdauungsstörungen, in durchschnittlich 16 Betten verpflegt werden; diese niedere Mortalität ist Folge davon, daß er eine relativ große Anzahl Personen zur Verpflegung hat: 6 Pflegeschwestern, 1 Directrice und 3 Ammen, also 10 Personen für 16 Betten.

Deslandes (Cherburg) hingegen hat an seiner „crèche" die außerordentlich hohe Mortalitätsziffer von 60%, was eine Folge davon ist, daß er zu wenig Personen zur Verpflegung hat.

Am Ende der Sitzung wurden folgende Beschlüsse genommen:

A. Definition der „Gouttes de lait". Die „Gouttes de lait" sind eine Anstalt, die mit folgenden Mitteln gegen die Säuglingsmortalität kämpft:

1. Sie gibt Rat und Auskunft an Mütter;
2. sie fördert die natürliche Ernährung;
3. sie verabreicht Milch, wenn die Mutter nicht imstande ist zu stillen.

B. Da es immer Frauen geben wird, die nicht imstande sind zu stillen, und da diese Frauen meistens zu den armen Bevölkerungsschichten gehören, beschließt der Kongreß:

1. Die Regierungen sollen alle Vorkehrungen nehmen, um die natürliche Ernährung an der Mutterbrust zu fördern;
2. man soll soviel wie möglich wirken für die „Gouttes de lait";
3. jede „Goutte de lait" soll von Ärzten geleitet werden;
4. die Regierungen sollen die Entwicklung der „Gouttes de lait" fördern.
5. die Regierungen sollen mit allen Kräften die Kenntnis der Kinderhygiene fördern;
6. in allen Ländern soll ein strenges Gesetz gemacht werden, um die Tauglichkeit der für Säuglingsernährung bestimmten Milch zu sichern;
7. es wird ein internationaler Verein von „Gouttes de lait" mit einem permanenten Bureau gegründet.

Weiter beschloß man, daß in Brüssel der Sitz des Vereins sein wird und daß der folgende Kongreß dort im Jahre 1907 abgehalten werden soll.

Graanboom (Amsterdam).

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädriatische Sektion.)

Sitzung vom 2. November 1905.

Originalbericht.

Spieler demonstriert ein zweijähriges Mädchen mit **symmetrischer lokaler Asphyxie der unteren Extremitäten und allgemeiner Hautangioneurose.** Bei niedriger Temperatur, auch experimentell herbeiführbar (Bad von 10° C.) tritt zuerst hellrote Verfärbung der Füße auf. Dieselben werden kalt, eine Viertelstunde später schießen unter begleitendem Hautödem linsen- bis erbsengroße Quaddeln auf, dieselben

werden rasch zyanotisch, nach einer halben Stunde tief blauschwarz und eiskalt. Dabei bestehen starke Schmerzen. An anderen Körperstellen entsteht durch Kälteeinwirkung nur Quaddelbildung, keine Zyanose.

Das Kind zeigt dabei hereditär-luetische Erscheinungen (Sekundärglaukom nach Iritis, Sattelnase, Leber- und Milztumor.) Vortr. reiht das Krankheitsbild in die Gruppe der Raymondschen Krankheit ein und hat in einem ähnlichen Falle die lokale Asphyxie und Erythema multiforme kombiniert gesehen.

Knöpfelmacher zeigt 2 Kinder mit **Myxödem.** Bei dem ersten Kinde waren die Symptome der Erkrankung schon im Alter von 4 Monaten ausgebildet. Nach 26 tägiger Behandlung mit Schilddrüse (Tabletten und Elixir) Rückbildung der Symptome. Nach 2 wöchentlichem Aussetzen der Therapie rezidivieren wieder die Erscheinungen.

Das zweite Kind, 4 Jahre alt, zeigte neben entwickeltem Myxödem starke Zyanose der Extremitäten infolge eines kongenitalen Vitiums. Bei diesem bestimmte K. die Assimilationsgrenze für Zucker, die bei Thyreoaplasie erhöht sein soll. Im vorliegenden Falle war diese Grenze bei 75 g Traubenzucker erreicht.

Sperk demonstriert ein sonst vollkommen gesundes 3 monatliches Kind, das in der rechten Glutäalgegend einen rundlichen blauen, zirka kronengroßen Fleck (**„Mongolenfleck“**) zeigt. Dieses wurde als charakteristisch für die mongolische Rasse angegeben, was jedoch nicht allgemein anerkannt wird. Die histologische Untersuchung ergibt in solchen Fällen eine Pigmentablagerung. Liegt dieselbe tiefer, so kann der Mongolenfleck mit Suffusionen verwechselt werden.

Leiner zeigt mikroskopische Präparate und **Kulturen von Bac. fusiformis**, deren Züchung aus Diphtheriebelägen ihm nach langem Bemühen gelungen ist. Der Bazillus ist gramnegativ, unbeweglich, streng anaerob und wächst am besten in Traubenzuckeragar, schlechter in Serumagar. Zuckerbouillon wird in 24 Stunden unter üppigem Wachstum getrübt; sämtliche Kulturen verbreiten einen unangenehmen Geruch.

Mäuse sterben bei relativ hohen Dosen unter schweren toxischen Erscheinungen.

Escherich sprach über **„Säuglingsfürsorge und Organisation der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“ in Wien“** und gab zuerst einen historischen Überblick über die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, die von Frankreich 1892 ausging. Die ersten Anstalten „Consultations des nourrissons“ hatten den Zweck, Brustkinder zu überwachen und den stillenden Müttern mit Rat an die Hand zu gehen. Später wurden durch die „Gouttes de lait“ auch künstlich genährte Säuglinge überwacht und zum Teil mit guter sterilisierter Milch versehen.

Die Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“ in Wien wurde mit dem Gedanken gegründet, die natürliche Ernährung (Brust) dadurch zu propagieren, daß stillende Mütter für sich täglich 1 l Milch als Prämie erhalten; andererseits sollten Kinder, deren Mütter nicht zu stillen imstande sind, von der Schutzstelle aus tadellose sterilisierte Milch in Einzelportionen trinkfertig erhalten. Es werden nur Kinder der ersten 6 Lebenswochen neu aufgenommen. Die Kinder müssen dann wöchentlich einmal vorgestellt und auf diese Weise die Pflege und Entwicklung des Kindes ärztlich kontrolliert werden.

Die Schutzstelle des Vereins, deren Besichtigung nach dem Vortrage erfolgte, erfreute sich eines ungemein lebhaften Zuspruches und findet bei der armen Bevölkerung viel Verständnis.

Außer der Zentrale, die sich auf dem Areal des St. Anna-Kinderspitales befindet, besteht eine Filiale im Leopoldstädter Kinderspitale und werden weitere Filialen in den Peripheriespitälern errichtet werden.

Sitzung vom 16. November 1905.

Neurath demonstriert ein 14 Jahre altes Kind mit **porthemiphlegischer Epilepsie** mit dem auffallenden Symptom der halbseitigen Steigerung der Hautreflexe auf der paretischen Seite (Hyperästhesie und Steigerung der Sehnenreflexe).

Hermann Schlesinger stellt ein Kind mit typischer **Pseudohypertrophia muscularis** vor, das gleichzeitig Symptome eines Myxödems darbot. Letztere wurden durch Schilddrüsenbehandlung zur Besserung gebracht. Die Pseudohypertrophie blieb durch die Therapie unbeeinflußt.

Jehle demonstriert 2 Dysenteriefälle, die mit **Kruseserum** erfolgreich behandelt wurden.



Beim ersten Falle ($2^1/_2$jähriger Knabe) ließ sich die Infektion von außen nachweisen (durch eine aus Siebenbürgen zugereiste Person). Im Stuhle des Pat. fanden sich Dysenterie-Bazillen „Shiga-Kruse". Auf Grund dieses Befundes wurden dem Kinde 25 ccm Kruseserum subkutan injiziert. Der vorher verfallene Patient war 24 Stunden nach der Injektion viel frischer, der Eiter und Blutgehalt der nahm ab.

Das zweite Kind ($2^1/_2$jähriges Mädchen) war plötzlich nach dem Genusse einer „Pariser Wurst" mit bluteitrigen Stühlen (25 pro die), Tenesmus, Fieber, Kollaps erkrankt. Patient bekam 25 ccm Kruseserum. Am nächsten Tage war das Kind frisch, afebril. Die Zahl der Stühle betrug nur 8, der Blut- und Eitergehalt wesentlich geringer.

Vortr. zeigt im Anschlusse an diese Fälle den von ihm zur Bestimmung der Darmflora verwendeten Nährboden, der eine rasche Diagnose bei Dysenterie ermöglicht, und von deren Ausfalle die Therapie abhängig gemacht wird (Kruseserum oder Flexnerserum).

Escherich betont in der Diskussion die Wichtigkeit der Differenzierung der einzelnen Dysenterieformen am Krankenbette. Dysenteriefälle, bei denen der Shiga-Kruse-Bazillus zu finden ist, verlaufen schwerer, während bei den in Wien häufiger vorkommenden endemischen leichter verlaufenden Dysenterieformen der Flexnersche Stamm gefunden wird. Escherich würde wünschen, daß statt der bisherigen monovalenten Heilsera bei Dysenterie polyvalente Sera erzeugt werden, welche auf beide Arten von Dysenterieinfektionen wirkt.

Brandweiner stellt einen 10jährigen Knaben mit **Lichen ruber planus** vor. Als charakteristische Effloreszenzen finden sich isoliert oder in kleinen Gruppen stehende hirse-hanfkorngroße Knötchen mit wachsartigem Glanz und zentraler Delle. Die Begrenzung ist polygonal, die Knötchen erheben sich plateauartig über die Umgebung. Die Farbe der Effloreszenzen, die hier braunrot erscheinen, ist nicht charakteristisch.

Horn demonstriert einen Fall von **Rheumatismus nodosus** nach Chorea und Endokarditis.

Das 7jährige Mädchen hatte Weihnachten 1902 den ersten Choreaanfall, seither zahlreiche Rezidive. Im August 1905 deutliche Zeichen eines Vitiums. Anfangs September traten an der Beugeseite beider Handgelenke entlang des M. palmaris longus, später symmetrisch an Ellbogen, Knie und Sprunggelenken, an der Hinterhauptschuppe und über den Proc. spinosi der Wirbelsäule erbsengroße, subkutane, druckempfindliche Knötchen auf, welche an einzelnen Stellen schwanden.

Die Therapie ist machtlos. Die Knötchen schwinden spontan (Verfettung und Resorption nach 4—5wöchentlicher Dauer). Sie treten niemals primär, sondern bei Patienten auf, die bereits rheumatische Affektionen durchgemacht haben. Die Eruption erfolgt ohne Prodome, ohne Fieber unter unbestimmten Gelenkschmerzen.

Eisenschitz erwähnte, daß die demonstrierten Knötchen den alten Ärzten unter dem Namen der Froriepschen Knötchen bekannt seien. Sie kamen auch ohne Rheumatismus und Chorea.

Hecht demonstriert eine einfache **Methode zur Fettbestimmung in den Fäzes.** 5 ccm Stuhl werden eine halbe Stunde mit alkoholischer Kalilauge gekocht, die Seifenlösung wird gesäuert, dann filtriert, das Filtrat getrocknet, mit Äther in einen Meßapparat eingefüllt, heißes Wasser zugegossen, die Fettsäuren scheiden sich ab, steigen im Gefäße auf und ihre Menge kann an einer Skala abgelesen werden. 25 Teilstriche entsprechen 1 g Fett.

Hamburger stellt einen 11 Jahre alten Knaben mit einer seltenen Form der postdiphtheritischen Lähmung vor. Akkomodations- und Gaumensegellähmung war beim Patienten schon in Rückbildung. Wenn Patient bei geöffnetem Munde a sagt wird die rechte Zungenhälfte auf den Mundhöhlenboden gedrückt, die linke bleibt unbeweglich. Dies beruht auf einer **isolierten Lähmung des M. hyoglossus links.** Alle übrigen Muskeln der Zunge sind intakt.

Zappert berichtet über ein jetzt 16jähriges Mädchen, bei welchem sich **nach Ablauf eines zerebralen Krankheitsprozesses eine typische Epilepsie** entwickelte.

Die bis vor 3 Jahren gesunde Patientin erkrankte damals mit Kopfschmerzen, Schwindel, Doppeltsehen. Der Augenarzt konstatierte Abduzenslähmung (zuerst links, später auch rechts) und beiderseitige Stauungspapille. Im weiteren Verlaufe kamen nur vage Symptome zur Beobachtung (Anfälle von Schwindel, Parästhesien in der Zunge, Parese einer Extremität ohne Bewußtseinsstörung durch

einige Minuten). Alle Lähmungserscheinungen sowie die Stauungspapille gingen vollständig zurück (Pseudotumor Oppenheim). Dafür traten $^3/_4$ Jahr nach den ersten Symptomen typische epileptische Anfälle auf, die auf Brom besser wurden.

Z. betont, daß man ohne Kenntnis der Entwicklung dieses Symptomenkomplexes diesen Fall für eine gemeine Epilepsie halten würde, die hier vorausgegangenen Herdsymptome, die Z. auf ein kleinen Bezirk des Pons bezieht, müssen dazu zwingen, diesen Fall von Epilepsie als symptomatische aufzufassen. Z. meint, daß in vielen Fällen sogenannte genuiner Epilepsie das Stadium der zerebralen Erkrankung übersehen worden ist, weil die durch letztere ausgelösten Erscheinungen geringfügig sein können. B. Schick (Wien).

IV. Monats-Chronik.

Um der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Kinder vorzubeugen, hat die Regierung in Magdeburg folgende sehr beachtenswerte Verfügung erlassen: Es ist mehrfach wahrgenommen worden, daß in Orten, wo wegen einer Epidemie die Schule geschlossen werden mußte, die tägliche Erkrankungsziffer nicht abgenommen hat, sondern vereinzelt sogar gestiegen ist. Diese auffällige Erscheinung ist wohl darauf zurückzuführen, daß die Schulkinder die infolge des Schulschlusses gewonnene freie Zeit dazu benutzten, miteinander auf der Straße zu spielen oder erkrankte Mitschüler in deren Wohnungen zu besuchen. Es ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, daß, abgesehen von den rechtzeitigen Schulschließungen, auch sonst alles vermieden werden muß, was geeignet ist, die Übertragung der Ansteckungsstoffe durch Schulkinder zu begünstigen. Die Lehrer sollen daher in allen Fällen, wo wegen ausgebrochener Epidemien die Schule geschlossen werden muß, die Schüler auf die Gefahren solcher Zusammenkünfte aufmerksam machen, auch die Eltern bei geeigneter Gelegenheit hierüber belehren.

Hamburg. Dr. Ringel, bisher Sekundärarzt an der Chirurgischen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses, ist zum **leitenden Arzt der chirurgischen Abteilung des Bergfelder Kinderhospitals** gewählt worden.

Heidelberg. Der I. Assistent der Universitäts-Kinderklinik Dr. L. Tobler hat sich habilitiert. Die Probevorlesung behandelte „Moderne Prinzipien der Diphtheriebehandlung“.

Berlin. Die Krankenhaus-Deputation hat beschlossen, auf dem Terrain von Treptow ein neues **Kinderkrankenhaus** für 300 Betten zu bauen.

Wien. Die bisher im **Karolinen-Kinderspital bestehende chirurgische Abteilung**, von deren Leitung Prof. Dr. Al. Fränkel zurückgetreten ist, wird aufgelassen und an ihrer Stelle wird eine Säuglingsabteilung eingerichtet werden.

— Das Kapital der **Widerhofer-Stiftung**, welches nach den Intentionen des zur Sammlung von Beiträgen für dieselben bestehenden Komitees 60000 K Höhe erreichen soll, ist bis auf ungefähr 7000 K aufgebracht. Beiträge nimmt Herr E. Mauthner (Wien, I. Schreyvogelgasse 3) entgegen. Die Stiftung, durch welche das Andenken des langjährigen Direktors des St. Anna-Kinderspitals geehrt werden soll, soll aus 10 Betten in dem Neubau der Kinderklinik in einem besonderen Widerhofer-Saal bestehen.

(Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. No. 48.)

Prag. Prof. Dr. Rud. Fischl hat das Ritterkreuz des Ordens der französischen Ehrenlegion erhalten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

HOFFMANN, Stabsarzt, **Dr. W., Leitfaden der Desinfektion** für Desinfektoren, Verwaltungsbeamte, Tierärzte und Ärzte. [IX, 138 Seiten mit 105 Abbildungen.] 1905. Kart. M. 3.—.

Der vorliegende „Leitfaden der Desinfektion" soll eine ausführliche Besprechung der Desinfektionslehre mit besonderer Berücksichtigung der am meisten im Gebrauch befindlichen Methoden bringen; es ist deshalb auf eine eingehende Beschreibung der verschiedenen Desinfektionsapparate und der mannigfachen Anwendungsweisen der wichtigsten Desinfektionsmittel besonderer Wert gelegt. Möglichst viele Abbildungen sollen das Verständnis der einzelnen Methoden erleichtern.

KÜHNEMANN, Stabsarzt **Dr., Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten.** Mit besonderer Berücksichtigung der Differential-Diagnostik. gr. 8⁰. [XVIII, 393 Seiten.] 1901. M. 8.40, geb. M. 10.—

Berlin. klin. Wochenschr.: Die Tabellen für die Diff.-Diagnose sind mit größter Gründlichkeit und anerkennenswerter Vollständigkeit bearbeitet. Die Idee wird sich als eine glückliche erweisen, da gerade in schwierigen Fällen auch auf die seltenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht wird und das Studium der Tabellen die kritische Abwägung aller Krankheitserscheinungen für eine präzise Diff.-Diagnose ermöglicht.

Münch. med. Wochenschr.: Die analytische Diagnostik des Verfassers stellt eine sehr verlässige und fruchtbare Methode dar, über den einzelnen Fall Klarheit zu gewinnen.

Therapeut. Monatshefte: Für den Praktiker, der sich rasch orientieren und Rat holen will, ein bequemer und nützlicher Führer.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Marburg), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. FRICKE (Göttingen), Dr. W. GABEL (Lemberg), Dr. GERMAN (Göttingen), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Dr. LEO JACOBI (New York), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. LOHMANN (München), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WENTZEL (Zittau), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

XI. Jahrgang. Februar 1906. Nr. 2.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik.

#Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Februar 1906. No. 2.

I. Originalbeiträge.

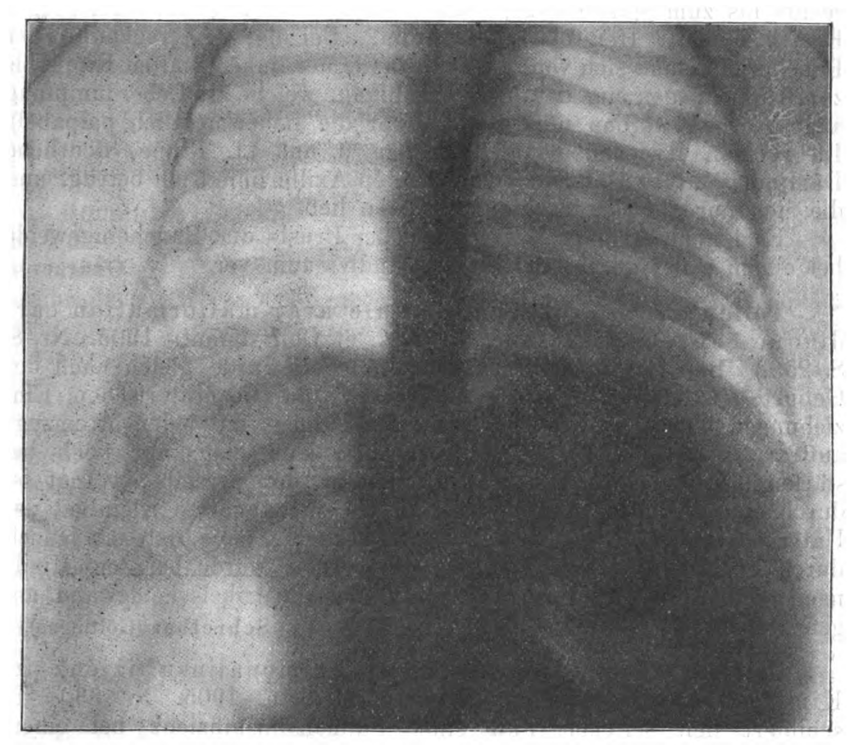
Ein Fall von Dextrokardie.

Von

Dr. **Herman B. Sheffield,**

Doz. d. Kinderheilkunde a. d. New York Post-Graduate School and Hospital.

Beifolgendes Röntgenbild stammt von einem 8 jährigen Mädchen, das von gesunden Eltern geboren wurde. Das Kind hat fünf normale



Geschwister. Es bekam im Alter von 3 Jahren Masern und Lungenentzündung; der damals behandelnde Arzt erkannte die angeborene Anomalie nicht. Als das Mädchen jetzt zu mir wegen Magenbeschwerden ins Spital kam, entdeckte ich die Dextrokardie. Das

Röntgenbild ist vom Rücken aus aufgenommen. Wie man sieht, liegt die Herzspitze auf dem Leberrande, ungefähr ein Zoll außerhalb der Mammillarlinie. Das schmächtige, einen mutlosen Eindruck machende Kind hat einen Pulsschlag von 95—100. Es ist frei von Rachitis, leidet aber an Lymphadenitis, besonders der Axillardrüsen.

II. Referate.

Klingmüller (Strehlen), Über einen Fall von vollkommenem Situs viscerum transversus. (Die ärztl. Praxis. 1905. No. 22.) Bei einem 13jährigen Mädchen fand K. diese Anomalie gelegentlich einer Brustuntersuchung. Schon bei der Inspektion fiel sofort im fünften rechten Interkostalraum, knapp 2 cm nach innen von der Brustwarzenlinie, eine deutliche pulsierende Stelle ins Auge, die sich als Herzspitzenstoß erwies. Die Herzdämpfung begann am unteren Rande der vierten rechten Rippe, am Rippenknorpel, reichte nach rechts bis zum Spitzenstoße, nach links bildete die Grenze der rechte Brustbeinrand. Herztöne völlig rein. Bei der Untersuchung der Bauchorgane fand sich vom unteren Rande der linken fünften Rippe bis zum Rippenbogen eine deutliche Dämpfung, welche als Leberdämpfung angesprochen werden mußte (auch war die Leber deutlich palpabel). Im rechten Hypochondrium, zwischen 9. und 11. Rippe, deutliche Dämpfung, deren Höhe in der mittleren Axillarlinie 5 cm betrug, und die sich nur als Milzdämpfung erklären ließ.

Es lag also völlige Verlagerung der Brust- und Baucheingeweide bei einem sonst durchaus normalen Individuum vor. Grätzer.

Tollemer, Cornage congénitale avec malformation cardiaque congénitale. (Ann. de Méd. et Chir. infant. 1905. Nr. 8. S. 253.) Bei dem 6 Monate alten Mädchen wurde gleich nach der Geburt ein rauhes Inspirationsgeräusch mit inspiratorischen Einziehungen bemerkt. Dieser Stridor, der anfangs mit jedem Atemzuge auftrat, ließ späterhin etwas nach und kam dann nur noch bei stärkeren Atembewegungen vor. T. glaubt, daß derselbe bedingt sei durch eine Mißbildung am Kehlkopf, da eine abnorme Kleinheit des Unterkiefers und Enge des Pharynx bestand, ohne daß sie jedoch durch Inspektion erwiesen wurde. Außerdem wurde bei dem Kinde nach dem Herzbefund ein Defekt in der Ventrikelscheidewand angenommen. Schreiber (Göttingen).

H. Bosse (Riga), Ein Fall von Pulmonalinsuffizienz im Kindesalter. (Zentralblatt f. innere Medizin. 1905. Nr. 33.) B. schildert den seltenen Fall einer Pulmonalinsuffizienz bei einem $5^1/_2$ jährigen Knaben. Bei demselben fehlten alle auf eine Hemmungsbildung des Herzens hindeutenden Zeichen, B. nimmt daher an, daß hier die Folgeerscheinungen einer intrauterinen (oder auch postuterinen) Endocarditis mit Ausgang in Verwachsung der Klappen

vorlag. Die Klappen selbst müssen dabei schwingungsfähig geblieben sein, da durch ihre Anspannung ein lauter Ton erzeugt wird. Vielleicht handelt es sich auch um eine Diaphragmabildung, wie sie an den Aortenklappen wiederholt beobachtet worden ist, d. h. eine Verwachsung der Ränder sämtlicher drei Klappen unter Offenbleiben eines Loches in der Mitte; eine solche Diaphragmabildung wäre imstande, den auffallend lauten diastolischen Ton, wie er hier gehört wurde, zu erklären. Grätzer.

S. Saltykow, Über diffuse Myocarditis. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) S. bringt in der vorliegenden Arbeit den Nachweis, daß es fließende Übergänge zwischen der seltenen akuten diffusen Myocarditis und der diffusen fibrösen, die nicht auf Schwielenbildung infolge Zirkulationsstörungen beruht, gibt. Erstere stellt das Anfangsstadium, letztere das Endstadium dar, in der Mitte stehen die Herzveränderungen, wie sie sich so häufig bei Kindern nach akuten Infektionskrankheiten, besonders Diphtherie finden. — Die akute diffuse Myocarditis zeichnet sich klinisch durch ihren rapiden Verlauf, pathologisch durch die meist auf das Herz beschränkten Veränderungen bei bisher negativen bakteriologischen Befunden aus. Histologisch findet sich ein die Muskelfasern stark durchsetzendes zellreiches Exsudat, das zwar nicht rein eitrig, aber wegen seines Zellreichtums von den bei Diphtherieherzen (subakut) und den hierhergehörigen Fällen diffuser fibröser Myocarditis (chronisch) wohl zu unterscheiden ist. Streng zu trennen von den letztgenannten Fällen sind die fibrösen Myocarditiden, in denen es infolge von Zirkulationsstörungen zu Schwielenbildung gekommen ist. Bennecke (Marburg).

Domenico Crisafi, Über den angeblichen „Herzreflex". (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1905.) Verf. hat in 34 Fällen der verschiedenartigsten Krankheiten auf den zuerst von Abrams 1901 beschriebenen Herzreflex untersucht; die Untersuchungen fielen stets negativ aus. Verf .erklärt die Methode für ungeeignet zur differentiellen Diagnose zwischen Herzdilatation und Pericarditis. F.

Giorgio Rotondi, Über kongenitale Zyanose ohne auskultatorische Herzgeräusche. (Rivista di Clinica Pediatrica. VIII. 1905.) Es handelte sich um eine Stenose der Pulmonalarterie. Eine Kommunikation zwischen beiden Herzhälften bestand nicht. Die Stenose war sehr geringfügig und hätte allein wohl nicht genügt die Zyanose zu verursachen, wenn nicht gleichzeitig eine ausgedehnte Lungenatelektase bestanden hätte. Ein auskultatorisches Geräusch über dem Herzen fehlte völlig; Verf. bringt in dieser Hinsicht seinen Fall in Parallele zu zwei von Variot beschriebenen. F.

A. A. Hymans van den Bergh, Enterogene Cyanose (zur enterogenen Cyanose). (Nederl. Tydschr. voor Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 719.) Zyanose der Haut und Schleimhäute mit Schwellung der Endphalangen der Finger ohne Störung im Blutkreislaufe (normales Herz und normale Lungen) ist zuerst von Stokvis beschrieben unter dem Namen autotoxische enterogene Zyanose in einem Falle von heftiger Enteritis. Stokvis war der

Meinung, daß die Zyanose in diesem Falle zugeschrieben werden mußte dem im Blute zirkulierenden Methämoglobin, entstanden durch die Einwirkung eines anderen kranken im Darm resorbierten Stoffes auf das Hämoglobin des Blutes, also durch Autointoxikation.

Über noch drei derartige Fälle wurde später von Talma berichtet, so daß die gesamte Kasuistik bis jetzt nur vier Fälle betraf.

B. hatte nun die Gelegenheit, noch zwei Fälle von enterogener Zyanose zu beobachten, den einen bei einem Kinde, wo im Blute Sulfohämoglobin, und den anderen bei einem Erwachsenen, wo Methämoglobin im Blute konstatiert wurde als Ursache der Zyanose.

Der erste betrifft einen Knaben, der im Alter von 9 Jahren zur Beobachtung kam.

Aus der Anamnese ergibt sich folgendes: Das Kind wurde geboren mit einer Atresia ani, operiert am zweiten Lebenstag und regelmäßig dilatiert bis zum neunten Monate. Während dieser Behandlung sollte schon einige Male Fäkalmasse aus der Urethra ausgeflossen sein. Der Stuhl blieb danach immer dünnflüssig und, nach Angabe der Mutter, sollte der größte Teil des Harns mit dem Fäzes per anum entleert worden sein. Seit etwa 2 Jahren wurde das Kind blau bei Zorn und beim Pressen; in den letzten Monaten ist diese blaue Färbung permanent und sind die Endphalangen der Finger geschwollen.

Status: Körperlich und geistig zurückgebliebenes Kind. Intensive Zyanose, welche sich noch verschlimmert beim Weinen und körperlicher Anstrengung. Schwellung der Endphalangen der Finger. Keine Dyspnoe, kein Ödem, kein Ascites. Herz, Lungen, Leber und Milz normal. Kein Fieber. Tympanitis. Pollakiurie. Durchfall. Quantum Harn in 24 Stunden sehr gering. Bei Druck auf die Glans treten Fäzes aus der Urethra. Der per Katheter aus der Blase entleerte Harn enthielt kein Eiweiß, keinen Zucker, viel Indol, Bakterien und Leukozyten, aber keine Fäzesbestandteile. Bei kombinierter Untersuchung ergibt sich eine Urethrorektalfistel.

Das Blut, mit 5200000 roten gegen 20000 weißen Blutkörperchen, war in vitro schwarzrot, ergab bei der spektoskopischen Untersuchung neben den zwei für Oxyhämoglobin charakteristischen Streifen noch einen intensiven im Rot. Der letztere wurde anfänglich, nach Stokvis, als Methämoglobin aufgefaßt; später ergab sich, daß es sich nicht um dieses sondern um Sulfohämoglobin handelte. Es konnte konstatiert werden, daß dieser Farbstoff nicht gelöst war im Blutplasma, daß er aber gebunden war an die roten Blutkörperchen.

Bei der direkten spektroskopischen Untersuchung des strömenden Blutes mittels „Spectroscope à vision directe“ von Schmidt und Hänsch ergab sich, daß der abnormale Blutfarbstoff zwischen 0,9 bis etwa über 1 gelegen war (während der Streifen des Methämoglobins zwischen 0,8 und etwa über 0,9 im Spektrum liegt), also ganz genau da, wo sich der Streifen von dem durch Harnack gefundenen Sulfohämoglobin befindet. Es mußte sich also hier um eine Sulfohämoglobinämie handeln.

Wurde nun 1 ccm der Fäzes des Kindes gemischt mit 10 ccm einer Normal-Oxyhämoglobinlösung, dann entstand nach 12—14 Stunden

genau derselbe Farbstoff, und weil Hoppe-Seyler schon gefunden hat, daß durch Einwirkung von H^2S auf Oxyhämoglobin das Sulfohämoglobin entsteht, ist H. der Meinung, daß die Zyanose dem Übergang von H^2S aus den Fäzes in das Blut, und der darauffolgenden Umsetzung des Hämoglobins in Sulfohämoglobin zugeschrieben werden mußte.

Es ist höchstwahrscheinlich, daß die Bildung der H^2S Folge der ammoniakalischen Zersetzung des im Darme abfließenden und da zurückgehaltenen stinkenden Harnes war. Denn wurde ein Catheter à demeure in die Blase gebracht, so daß der Harn per urethram abfloß, und zugleich der Anus regelmäßig dilatiert (so daß einer Stagnation des zersetzten Darminhaltes vorgebeugt wurde), dann verminderte sich auch die Zyanose sehr bedeutend, aber sie kehrte wieder, sobald diese Behandlung nachgelassen wurde.

Behufs Diagnose der enterogenen Zyanose genügt die Untersuchung des strömenden Blutes. Die angewandte Methode war folgende: Gegen die Hinterfläche des Ohres wurde ein elektrisches Glühlämpchen gehalten, versehen mit einem trichterförmigen Ansatz zur Konzentration der Lichtstrahlen auf die Ohrmuschel. Durch Anwendung des Spectroscope à vision directe, gesetzt auf die Vorderfläche der Ohrmuschel, kann das strömende Blut nun ganz genau untersucht werden.

Graanboom (Amsterdam).

R. Tatschner (Asparn), Über vier Fälle von Herzkomplikation (Endocarditis) bei epidemischer Parotitis (Mumps). (Wiener med. Wochenschrift. 1905. No. 31.) Im Orte war eine Mumpsepidemie, keiner der Erkrankten bekam dabei eine Herzkomplikation, außer den sämtlichen vier Kindern einer Familie, welche Endocarditis dabei akquirierten.

Grätzer.

L. Moll, Zur Kenntnis des Parotisspeichels beim Säugling. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. September 1905.) M. hatte bei einem 7 Monate alten Kinde mit Parotisfistel Gelegenheit, das reine Parotissekret zu sammeln und zu untersuchen. Dasselbe war wasserklar und quoll tropfenweise ab. Durch leichten Druck ließ sich etwas mehr Speichel gewinnen. Es floß dann zuerst wasserklarer, dünnflüssiger Speichel und später trüber, dickflüssiger, klumpiger, der viel Schleimkörperchen und gallertige Klümpchen enthielt, ab. Die Flüssigkeit reagierte deutlich alkalisch, schäumte leicht beim Schütteln, enthielt nur wenig Eiweiß. Mit Leichtigkeit konnte die Wirkung des Ptyalins festgestellt werden. Durch Einwirkung auf Stärkekleister bei 38° ließ sich zunächst Amydulin, dann Erythrodextrin, hierauf Achroodextrin und schließlich Zucker nachweisen. Die Übergänge dieser Phasen erfolgten sehr rasch, fast plötzlich; nach 5 Minuten war schon gewöhnlich Zucker gebildet. Rhodan konnte nicht nachgewiesen werden.

Grätzer.

v. Saar, Kongenitales Zystadenom der rechten Parotis. (Aus dem patholog.-anatom. Institute an der deutschen Universität in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1904. Nr. 52.)

Das $1^1/_2$jährige Kind wurde am 20. Oktober 1903 in die Bayersche Klinik aufgenommen. Schon bei seiner Geburt soll es eine hühnereigroße Vorwölbung an der rechten Halsseite gehabt haben, welche dann ziemlich schnell wuchs. Sonst war der Knabe ganz gesund. Bei seiner Aufnahme fand sich in der rechten Regio parotidea eine zirka mannsfaustgroße, in zwei Abschnitte geteilte Vorwölbung, welche nach hinten bis in die Regio nuchae und nach unten bis zur Clavicula reichte; an den hinteren unteren Partien Fluktuation. Bei der Punktion hierselbst entleerte sich trübe, blutig-seröse Flüssigkeit. Trotz wiederholter Punktionen und Injektionen von 40% Alkohol wuchs der Tumor zusehends, auch Arsen innerlich und Röntgentherapie vermochten nichts. Das Kind kam zusehends herunter, die Atmung wurde behindert, schnarchend, unter zunehmendem Marasmus Tod am 20. Februar 1904.

Die Sektion führte nun zur Diagnose: Cystadenoma parotidis dextrae congenitum. Daß der Tumor wirklich von der rechten Parotis ausgegangen war, bewies das mikroskopische Fehlen der Drüse, sowie der mikroskopische Nachweis von Parotisresten in der bindegewebigen Kapsel des Tumors. Der Umstand, daß Einsprengungen von Muskulatur und Knorpelgewebe gefunden wurden, weist darauf hin, daß die Entstehung der Geschwulst in einer sehr frühen embryonalen Periode eingesetzt hatte, wodurch Kiemenbogenreste und quergestreifte Muskulatur aus ihrem natürlichen Zusammenhange gelöst und von dem rasch und stark expansiv wachsenden Tumor umwachsen und eingeschlossen wurden. Auch der embryonale, unfertige Charakter des Stromas der Geschwulst war ein Zeugnis für deren frühzeitige Entstehung. Der Befund einer Lymphdrüse mitten im Geschwulstgewebe hatte nichts Merkwürdiges an sich, da wir jetzt wissen, daß normalerweise Lymphknoten in der Parotis vorkommen.

Solche kongenitale Zystadenome der Parotis sind sehr selten; Verf. fand in der Literatur nur zwei Fälle verzeichnet (Eröss, Sacchi).

Grätzer.

Jacob Poult, Ein Teratom der Thyreoidea, Beitrag zur Geschwulstlehre. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.) Bei einem Kinde mit sehr kurzem Halse wurde bald nach der Geburt an der linken Halsseite ein Tumor bemerkt, der operativ entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Teratom handelt, welches Bestandteile aus allen drei Keimblättern aufweist, und zwar fanden sich der Hauptmasse nach ein undifferenziertes, wahrscheinlich die Vorstufe von Hirn und Rückenmark darstellendes Gewebe, ferner Stücke der Pigmentlamelle der Retina, Binde-, Fett-, Knorpel-, Knochengewebe, quergestreifte Muskulatur, Drüsen der Haut und Darmbestandteile. Nach eingehender Besprechung der Literatur kommt P. zu dem Schlusse, daß der Tumor bigerminalen Ursprungs sei.

Bennecke (Marburg).

W. G. Mac Callum, Die Beziehung der Parathyreoiddrüsen zu Tetanie. (Zentralblatt f. allgem. Pathol. u. patholog. Anatomie. Bd. 16. No. 10.) Die Parathyroiddrüsen zerstören im Blute zirkulierende, noch unbekannte Gifte, die am Zentralnervensystem angreifen. Nach Exstirpation der Drüsen tritt Tetanie ein, da die giftzerstörende Wirkung der Drüsen ausfällt.

Verf. glaubt in einem, einen alten Mann betreffenden Falle, der

unter dem Zeichen der Tetanie starb, die Produktionsstelle des Giftes gefunden zu haben. Es fand sich bei der Sektion eine durch narbige Veränderungen am Pylorus bedingte enorme Erweiterung des Magens, sowie Zeichen chronischer Entzündung und Proliferation der Parathyroiddrüsen. Im Magen soll das die Tetanie erzeugende Gift gebildet sein und dieses die Drüsen zu erhöhter Tätigkeit veranlaßt haben. Dieselbe genügte aber nicht, um die Tetanie zu verhindern.

Bennecke (Marburg).

P. Argutinsky (Kasan), Über einen Fall von Thyreoplasie (angeborenem Myxödem) und über den abnormen Tiefstand des Nabels bei diesem Bildungsdefekt. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 35.) A. beschreibt den Fall eines $3^3/_4$ Jahre alten Knaben, bei dem die dauernde Schilddrüsentherapie sehr günstig einwirkte. Zum ersten Male fiel ihm bei diesem Falle; dann in einer ganzen Reihe fremder Fälle von unbehandeltem angeborenem Myxödem, die durch Photographien illustriert waren, der bedeutende Tiefstand des Nabels auf. Dieser Tiefstand bleibt, wenn keine Organotherapie angewandt wird, bestehen, bei andauernder Schilddrüsentherapie rückt der Nabel allmählich, auch in den extremsten Fällen, zur normalen Höhe hinauf.

Grätzer.

Crisafi, Histologische und bakteriologische Untersuchungen der Schilddrüse in einigen Kinderkrankheiten. (Il Morgagni. VII. 1905.) Mikroskopisch zeigt die Schilddrüse in den untersuchten Fällen (Typhus, Bronchopneumonie nach Masern, Diphtherie usw.) eigentümliche Veränderungen, die an eine funktionelle Hyperaktivität derselben denken lassen; bakteriologisch scheint die Schilddrüse nicht mit einem Schutzvermögen gegen die im Blute kreisenden Keime versehen zu sein. In den 10 Fällen, in denen Bakteriämie bestand, war der Befund in der Drüse stets positiv. F.

Luigi Tomellini, Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose der Schilddrüse. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 3.) Die Tuberkulose der Schilddrüse wird im allgemeinen selten beobachtet; auch ihre Beteiligung an der Miliartuberkulose ist den Literaturangaben nach ein seltenes Ereignis. Es ist das vielfach durch eine Immunität der Drüse gegenüber den Tuberkelbazillen erklärt worden. T. unterzog diese Angaben einer experimentellen Prüfung an Kaninchen, da er sich für berechtigt hält, der besonderen Verhältnisse halber die Ergebnisse beim Kaninchen in weitgehendem Maße auf den Menschen zu übertragen. Aus seinen Versuchsergebnissen zieht er den Schluß, daß von einer Immunität der Schilddrüse gegen Tuberkelbazillen nicht gesprochen werden kann. — Einen weiten Raum in der Arbeit nimmt die Besprechung der interessanten Beobachtungen über die Entstehung der Riesenzellen ein. T. kommt zu dem Schlusse, daß bei den durch seine Versuchsanordnung gesetzten Verhältnissen in der Schilddrüse die Riesenzellen lediglich aus den aus dem Blute stammenden Zellen hervorgehen, daß Bindegewebselemente sich aber nicht dabei beteiligen.

Bennecke (Marburg).

G. Tada, Beitrag zur Frage der Thymushypertrophie. (Jahrbuch f. Kinderheilkande. Bd. 61. Heft 1.) Eine recht lehrreiche und gut illustrierte kasuistische Arbeit. Die bei einem 7 monatlichen Kinde links vorne oben, auf und neben dem Sternum und unterhalb der Clavicula konstatierte deutliche Dämpfung, die intra vitam als Drüsendämpfung imponierte, erwies sich auf den Durchschnitt durch den gefrorenen Körper als herrührend von der erheblich vergrößerten Thymus. Differenzialdiagnostisch zwischen Drüsentuberkulose und Thymushypertrophie ist das Fieber, die schlechte Körpergewichtszunahme bei der ersteren gegenüber dem fieberlosen günstigen Verlauf und dem guten Ernährungszustand bei der letzteren zu beachten.

Hecker (München).

Emil Glas, Beiträge zur Pathologie gutartiger Tonsillartumoren. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) G. untersuchte fünf Tumoren der Gaumentonsille und eine Nebentonsille bei einem Phthisiker. Letztere zeichnete sich durch die starke hyaline Entartung des retikulären Bindegewebes aus, das an einigen Stellen Amyloidreaktion gab. Der Befund wird hier angeführt, weil es sich um einen als typisch zu bezeichnenden Fall handelt und weil er zeigt, daß hyalines und lokales Amyloid in den Nebentonsillen vorkommen können. — Von den Tumoren, die klinisch gutartig waren, werden zwei als hyperplastische Geschwülste (Fibrolipom, Schleimdrüsenpolyp), zwei als teratoide Tumoren (es fanden sich Abkömmlinge aller drei Keimblätter) bezeichnet, während der dritte, ein Kind betreffend, als Lymphgefäßektasie infolge hyaliner Entartung des Bindegewebes des Tumorstieles aufzufassen ist. Die zweite Gruppe der Tumoren läßt sich entwicklungsgeschichtlich aus Störungen der Umbildung der zweiten Schlundspalte ableiten.

Bennecke (Marburg).

Henkes, Ein neues Tonsilleninstrument. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1905. Nr. 6.) Das Instrument soll dazu dienen, die Tonsillen mit Hilfe der kalten Schlinge zu entfernen. Die Schlingenoperation hat den Vorteil der erheblich geringeren Blutung gegenüber den schneidenden Instrumenten. Man gebrauchte bisher zu diesem Zwecke einen kräftigen Nasenpolypenschnürer, hatte aber dann nicht genügend Kraft, mit einer Hand die Schlinge durch die Tonsille hindurch zu ziehen. Mit dem vom Verf. beschriebenen Instrumente kann man die ganze Operation mit einer Hand vollenden, während die andere den Zungenspatel hält. Das Instrument ist für beide Seiten brauchbar, nimmt sehr wenig Platz weg und gestattet einen freien Einblick in den Mund, weil die operierende Hand sich unterhalb des Mundes befindet. Zu haben ist es bei Walb in Heidelberg.

A. Sonntag (Berlin).

A. Most (Breslau), Zur Chirurgie der Halsdrüsen. (Zentralbl. f. Chirurgie. 1905. Nr. 30.) Bekanntlich existieren im Retropharyngealraum Drüsen, welche nicht selten zu Entzündungen Anlaß geben. Es sind dies je eine oder zwei Lymphdrüsen, welche symmetrisch auf beiden Seiten der hinteren Pharynxwand, auf der Fascia bucco-pharyngea gelegen sind, nahe dem Winkel, welchen die hintere mit der seitlichen Pharynxwand bildet. Diese Drüsen sind in der Regel der

Sitz des akuten Retropharyngealabszesses der Kinder; aber auch tuberkulöse Entzündungen sitzen daselbst. Der Gedanke lag nahe, auch bei Drüsenoperationen im Halsgebiete dem Verhalten jener Follikelapparate Aufmerksamkeit zuzuwenden. M. hat auch bei den Lymphomoperationen auf das Verhalten jener Drüsen geachtet und 2mal dieselben mit entfernt: bei einem 7 jährigen Knaben mit einem Drüsenpaket der linken Halsseite, und bei einem 15 jährigen Pat., der wegen eines ausgedehnten, mit Fisteln komplizierten Drüsenrezidivs zur Operation kam.

Es kommen hauptsächlich zwei Wege in Betracht, um zu jenen Drüsen zu gelangen. Der gangbarere scheint der — im ersten Fall eingeschlagene — zwischen V. facialis comm. und Jugularis interna zu sein. Der im zweiten Falle betretene Weg durch das Submaxillardreieck hindurch ist enger und wird wohl nur ausnahmsweise in Frage kommen. Die Exstirpation gelang beide Male ohne wesentliche Schwierigkeiten.

Sehr oft werden jene Drüsen nicht mit erkrankt sein. Immerhin wird es sich empfehlen, bei Halsdrüsenoperationen und besonders bei Exstirpation maligner Tumoren in den Quellgebieten der Retropharyngealdrüsen auf letztere zu achten und ihre Entfernung anzustreben, wenn durch ihr Zurückbleiben erhebliche Gefahren für den Pat. zu gewärtigen sein sollten. Grätzer.

H. Rieffel (Paris), Sur les appendices branchiaux du cou. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1905.) In dem betreffenden Falle, welcher R. Anregung zu seiner Studie über die Kiemenauswüchse des Halses gab, handelte es sich um einen $6^1/_2$ jährigen Knaben, welcher einen kleinen, aufrechtstehenden Tumor über dem linken Sternomastoideus, 5 cm oberhalb des Sternoklavikulargelenkes, darbot. Derselbe war $2^1/_2$ mm lang, 7—8 mm dick und ähnelte einem leichtgebeugten Finger. Die Spitze des Auswuchses war weich, während in den untern zwei Dritteln, unter der Haut, ein hartes, knorpeliges Gewebe zu fühlen war. Der Auswuchs war angeboren, viel kleiner aber, und ist im Laufe der Jahre gewachsen.

Bei der Ablation zeigte es sich, daß kein Stiel in die Tiefe gegen Larynx, Trachea oder Karotisgegend ging, und daß der Kern der Geschwulst von einer gegen das Ende hin gabelig geteilten Knorpellamelle gebildet war. Das Zellgewebe war sehr gefäß- und namentlich venenreich.

R. hat noch 37 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammenstellen können, und zwar trat der Tumor 27 mal einseitig und 10 mal doppelseitig auf. Sein Sitz liegt gewöhnlich 2—3 cm oberhalb des Sternoklavikulargelenkes, selten höher, niemals aber über die Höhe des Zungenbeines hinaus.

Diese angeborenen Anhänge entspringen immer über dem vorderen Rande des Sterno-mastoideus und beruhen auf einer Störung in der Entwicklung des zweiten Kiemenbogens. Die Art ihres Zustandekommens ist noch wenig erklärt, möglicherweise handelt es sich um eine embryonale Neubildung, wie dies schon Virchow angenommen

hat, beruhend auf einem Trauma oder einer sonstigen intrauterinen Schädigung.

E. Toff (Braila).

Alfred Hüssy, Lähmung der Glottiserweiterer im frühen Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 61. Heft 1.) Bei einem 13 Monate alten Kinde treten $10^1/_2$ Monate nach Konstatierung einer luetischen Pseudoparalyse Zeichen von Dyspnoe auf, die zeitweilig bei Erregungen fast laryngospastischen Charakter annimmt. Zeichen von Laryngitis oder Diphtherie fehlen; injiziertes Heilserum bleibt ohne Erfolg. Die Art der Dyspnoe mit der lang gedehnten, mehr erschwerten Inspiration bei relativ unbehinderter Exspiration weist auf ein Hindernis in der Trachea oder im Larynx hin. Die nur unwesentlich veränderte Stimme spricht gegen entzündliche Veränderungen oder gegen etwa luetische Neubildungen des Kehlkopfinnern. Die spezifische Behandlung mit Hg und Jod versagte ebenfalls. Durch flüchtige Laryngoskopie wurde die Vermutung: Lähmung der Glottiserweiterer, bestätigt. Da die Stimmbänder sich ziemlich gut zu bewegen schienen, muß es sich nur noch um eine leichtere Parese der Postici gehandelt haben, die nur zu gewissen Zeiten sich noch geltend machte. Tod des Kindes an Pneumonie 14 Tage nach der Tracheotomie. Einen sicheren Zusammenhang der Lähmung mit der Lues ergab die Sektion nicht.

Differenzialdiagnostisch gegenüber den Glottiskrämpfen ist zu bemerken, daß bei diesen die Dyspnoe fast stets während der Nacht verschwindet, während sie bei der Posticuslähmung während des Schlafes häufig zunimmt. Die Prognose ist meist ernst. Der affizierte Muskel erholt sich — selbst cessante causa — nur selten. Die Prognose ist um so schlechter, je jünger das Kind. Therapeutisch ist gegen das Grundleiden usw. vorzugehen. Gegen die Atemnot Tracheotomie oder Intubation.

Hecker.

S. Lövi, Ein Fall von laryngocele sec. Virchow. (Gyógyászat. 1905. Nr. 12.) Die Laryngocele geht vom Sinus pyriformis aus, wurde für einen Kropf angesehen. Wenn der jetzt 19 jährige Pat. sein Gesicht aufbläst, zeigt sich am Halse eine Auftreibung, die nach Öffnen des Mundes schwindet. 10 Fälle sind bisher bekannt.

Ernö Deutsch (Budapest).

Frankenberger (Prag), Angeborene Atresie des Kehlkopfes. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 1.) Nach einer ausführlichen Mitteilung der vier in der Literatur vorhandenen Fälle dieser seltenen Mißbildung teilt F. seinen eigenen mit. Es handelt sich um ein totgeborenes, nicht ausgetragenes Kind einer gesunden Mutter, das sonstige Mißbildungen nicht aufwies. Makroskopisch ist der Kehlkopfeingang wohl gebildet, die Stimmritze ist obliteriert, so daß es nicht möglich ist eine Kommunikation zwischen Kehlkopfeingang und der Trachea zu finden. Diese ist unterhalb des eine solide Platte darstellenden Ringknorpels gut ausgebildet. Zur mikroskopischen Untersuchung wurde der fragliche Teil des Kehlkopfes in eine vordere und hintere Hälfte zerlegt und an Serien untersucht. Es ergab sich, daß der Kehlkopf eingenommen ist von Bindegewebe, in dem sich nur eine seichte, mit kubischem Epithel ausgekleidete Rinne findet. Da intra-

uterine, entzündliche Veränderungen, vor allem Syphilis, anzuschließen sind und der Befund sich mit entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen vereinbaren läßt, nimmt F. für seinen Fall, wie es auch in den vier anderen geschah, eine Hemmungsmißbildung an. Erwähnt sei, daß in einem der früheren Fälle die Tracheotomie, allerdings vergeblich, gemacht wurde. Bennecke (Marburg).

Marcel Lermoyez (Paris), La rhinométrie clinique. (La presse médicale. 1905. Nr. 91.) Eine genaue rhinometrische Untersuchung ist für die Beurteilung des Naseninnern von hervorragender Bedeutung, da die rhinoskopischen Befunde zu falschen Schlüssen führen können. Oft glaubt man, auf Grund der rhinoskopischen Untersuchung, ein Hindernis in dem einen Nasengange gefunden zu haben, während die Rhinometrie nachweist, daß gerade der andere Nasengang undurchgängig ist.

Die qualitative Rhinometrie, bestehend darin, daß man die eine Nasenöffnung zudrückt und durch die andere stark ein- und ausatmen läßt, ist einfach, gibt aber unvollkommene Resultate. Viel genauere Aufschlüsse erhält man durch die quantitative Rhinometrie; hierzu wird eine polierte Glasfläche wagrecht, etwa 1 cm unterhalb den Nasenöffnungen gehalten und einige Male durch die Nase auf dieselbe atmen gelassen. Die sich kondensierenden Wasserdämpfe bilden entsprechend jedem Nasenloche zwei feuchte Flecken, welche je nach der Durchgängigkeit der Nasengänge größer oder kleiner sind, ja man kann auf diese Weise auch Aufschlüsse über die Durchgängkeit der olfaktiven und respiratorischen Zone erhalten, nachdem erstere mehr nach vorne und letztere mehr nach hinten ihre Flecken auf die Glasplatte projektiert. Gute Resultate erhält man mit dem von Glatzel angegebenen graduierten Spiegel, noch bessere mit dem Pneumodographen von Courtade. Wird bei letzterem ein speziell präpariertes Papier gleich nach der Untersuchung auf die angehauchte Fläche gedrückt, so bilden sich entsprechend den feuchten Stellen farbige Flecken, so daß man das Untersuchungsresultat auch aufbewahren kann. E. Toff (Braila).

Marc André, Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales. (Thèse de Paris. 1905.) Die interessanten Untersuchungen des Verfs. beruhen auf zahlreichen Präparationen, die er an injizierten Teilen vorgenommen hat. Die verschiedenen Einzelheiten können in einem kurzen Referate nicht wiedergegeben werden, doch sei folgendes, in praktischer Beziehung wichtiges, kurz erwähnt.

Die Lymphgefäße der äußeren Nase bilden ein weitmaschiges Netz, welches sich in mehrere Sammelgefäße ergießt, um dann zu den betreffenden Lymphdrüsen zu gelangen. Dieselben liegen für die Gegend der Nasenwurzel in der Präaurikulargegend, für die andern, am Unterkiefer und an den großen Gefäßen unter dem Sterno-Kleido-Mastoideus.

Zahlreiche Lymphwege weisen die inneren Nasengänge auf, und zwar bildet die Vereinigung derselben zwei Sammelgruppen: eine vordere, welche in das Unterhautzellgewebe gelangt, sich mit den Lymphgefäßen der äußeren Tegumente vereinigt und, in Begleitung

der Gesichtsvene, zu den Unterkieferdrüsen gelangt, und eine hintere Sammelgruppe, deren Lymphgefäße die Tubenmündung umgehen, um dann teilweise sich in retropharyngeale, in der Höhe des ersten Halswirbels gelegene Lymphdrüsen zu ergießen, teilweise zu tiefgelegenen, in der Nähe des großen Zungenbeinhornes und der Karotis befindlichen Drüsen zu gelangen.

Von praktischer Wichtigkeit ist es zu wissen, daß Nasenaffektionen, namentlich solche der oberen Gänge Lymphdrüsen in Mitleidenschaft ziehen können, die an der Schädelbasis gelegen, schwer zugänglich sind und deren Erkrankung in den meisten Fällen nicht beachtet wird.

E. Toff (Braila).

K. Vohsen (Frankfurt a. M.), Die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge und kleinen Kinder. Beitrag zur Verhütung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. (Berl. klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 40.) Pathologische Zustände der Nase und des Nasenrachenraumes schaffen, wie man jetzt weiß, eine erhöhte Disposition für die Akquisition einer epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Eine sorgfältige Behandlung jener Affektionen ist daher durch ausgeboten. V. macht auf eine Methode der Behandlung des Schnupfens bei Säuglingen und kleinen Kindern aufmerksam, die sich in zahlreichen Fällen sehr gut bewährt hat.

V. sagt darüber:

„Die wesentlichste Beschwerde des Schnupfenkranken besteht weniger in der starken Sekretion, als vielmehr in der Schwierigkeit, bei der Verschwellung des obersten Luftweges, das Sekret zu entleeren. Die zweckmäßigste Art der Behandlung des akuten Schnupfens Erwachsener ist darum das Hervorrufen einer Abschwellung der Nasenschleimhaut durch Eintragung einer Lösung von Cocaini 1,0, Paranephrini 2,0, Aq. 20,0, die nach einer halben Minute eine leichte Entleerung des Sekrets ermöglicht und bei einem unkomplizierten Schnupfen von einer sofortigen oft stundenlangen Erleichterung gefolgt ist. Die Lösung wird mit einem erbsengroßen Wattebäuschchen, das um das gerauhte Ende eines Drahtes gewickelt ist, eingetragen. Auch der Laie lernt rasch die untere und mittlere Muschel entlang pinseln; eine zarte Berührung genügt. Ich ziehe das Paranephrin vor, da, bei gleich anämisierender Wirkung, die leicht ätzende Empfindung nicht eintritt, die dem Andrenalin und Suprarenin anhaftet. Bei dieser Behandlung heilen die akuten Schnupfen Erwachsener in wenigen Tagen und verlaufen ohne nennenswerte Beschwerden. Jeder andere Eingriff, Einstäubung von Pulvern, die trotz allen Kampfes dagegen immer wieder angewandte Nasendusche mit ihren verhängnisvollen Folgen für das Mittelohr sind überflüssig, ja schädlich. Eine angenehme Empfindung erzeugt dem Patienten die Eintragung einer Salbe Anästhes. 1,0, Ungt. Cerei rec. par. 20,0, Ol. am. gutt. 5 in den Naseneingang, die das schmerzhafte Gefühl lindert, das mit dem Erythem am Introitus narium verbunden ist und das Eintreten von Fissuren verhindert.

Diese Behandlung würde mit den entsprechenden Modifikationen der Lösung auch bei Kindern genügen, wenn sie sich den wichtigsten damit erzielten Vorteil zu Nutzen machen könnten, d. h. wenn sie

ihre Nase ausschnauben könnten. Das ist aber den Säuglingen gar nicht möglich. Wir müssen darum ein Mittel haben, das Sekret zu entleeren, ohne zu reizenden Eingriffen oder gar den gefährlichen Wasserduschen zu greifen. Dieses Mittel ist die Luftnasendusche: Ein der Nasenöffnung entsprechender Gummischlauch von 25 cm Länge, dessen für die Nasenöffnung bestimmtes Ende zur Markierung schräg abgeschnitten wird, wird in die Nase eingeführt, so daß er nur den Introitus abschließt, und nun mit dem Ballon oder dem Munde unter mittelstarkem Druck die Nase ausgeblasen. Zunächst erfolgt diese Durchblasung ohne vorherige Anwendung der obengenannten Lösung. Es läßt sich auf diese Weise leicht feststellen, ob ein größeres Hindernis die Nase verlegt und welche Seite die weitere ist. Die eigentliche Luftdusche erfolge dann von der engeren Seite aus, ein Grundsatz, der für Nasenduschen jeder Art gilt, um eine Stauung der gewählten Dusche mit ihren Folgen für das Ohr zu vermeiden. Bei Säuglingen und kleineren Kindern wird bei Beginn der Durchblasung fast ausnahmslos durch den Schreiakt das Cavum nach unten fest abgeschlossen. Die Luft entleert sich in kontinuierlichem Strome mit dem Sekret durch die freie Nasenseite. Vor jeder Nahrungsaufnahme wird bei Säuglingen das Vorfahren wiederholt und es ist eine Freude zu sehen, wie rasch das Trinken erleichtert wird und der Zustand der meist sehr erschöpften Kinder in wenig Tagen sich zum Bessern wendet. Bei älteren Kindern war ich nur dann genötigt, von dem Verfahren Gebrauch zu machen, wenn Ungeschick oder Schwäche des Exspirationsaktes eine ausreichende Reinigung der Nase verhinderten."

Das Verfahren kann man ohne Gefahr den Angehörigen anvertrauen. Die nötige Ermahnung, das Schlauchende für die Nase des Kindes zu markieren, damit es nicht in den Mund genommen wird, außerdem den Druck nicht zu stark zu nehmen (weshalb bei Laien der Mund dem Ballon vorzuziehen ist) genügen, um etwaigen Gefahren vorzubeugen.

„Die Einführung der Lösung bei Kindern geschieht durch die Pflegenden so, daß ein erbsengroßes Stückchen damit befeuchteter Watte in den Naseneingang eingelegt und bei zurückgebeugtem Kopfe der Nasenflügel angedrückt wird. Schon die Benetzung mit der kleinen Menge Lösung, die auf diese Weise in die Nase einfließt, genügt meist zur Erzielung des gewünschten Effektes.

Die Lösung rate ich nur dann zu gebrauchen, wenn abnorme Schwellungen dazu nötigen. Der Laie soll im allgemeinen angewiesen werden, die regelmäßigen Durchblasungen ohne weiteres vorzunehmen und die Lösung nur anzuwenden, wenn ein stärkerer Widerstand dazu auffordert, denn trotz der Geringfügigkeit der anempfohlenen Kokain-Paranephrinmenge könnte sie doch bei sehr häufigem Gebrauch schädlich werden."

Grätzer.

R. Sondermann, Die Naseneiterung der Kinder und ihre Behandlung durch Saugen. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 30.) S. hat mit der von ihm angegebenen Saugmethode auch bei Kindern mit langwierigen Naseneiterungen sehr schöne Erfolge

gesehen. „Das Verfahren besteht darin, daß die Nase durch eine Maske nach außen luftdicht abgeschlossen und aus ihrem Innern mittels eines Saugers Luft abgesaugt wird, während man zugleich durch einen Schluckakt oder Aussprache eines Vokals, am besten eines i, genügenden Luftabschluß der Nase nach dem Rachen herstellt. Hierdurch wird alles, auch in den verborgensten Buchten der Nasenhöhle stagnierende Sekret hervorgesaugt, um entweder direkt nach außen befördert oder doch leicht ausgeschneuzt zu werden; außerdem gelingt es aber auch auf diese Weise, das in erkrankten Nebenhöhlen befindliche Sekret anzusaugen, ein Vorteil, der diagnostisch wie therapeutisch gleich großen Wert besitzt."

S. gibt an, wie man in den verschiedenen Lebensaltern diese Behandlung durchführen kann, und bespricht die Technik im einzelnen. Der Saugapparat wird angefertigt von Kühne, Sievers & Neumann, Köln-Nippes. Preis (für Kinderapparat): Mk. 7,70. Grätzer.

H. Beyer (Berlin), Ein kariöser Schneidezahn spontan aus luetischer Nase entfernt. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 50.) Bei einem 16 jährigen Mädchen mit tertiärer Lues hatte letztere kolossale Zerstörungen der Nase bewirkt. Eines Tages wurde in einer durch starkes Schneuzen entfernten großen Borke ein ausgewachsener Zahn bemerkt, der in dem sonst vollständigen Gebiß allein fehlende mediale, linke obere Schneidezahn. Wahrscheinlich ist es, daß der Zahnkeim desselben, infolge der durch die Lues bedingten Entwicklungshemmung in der Gaumenspalte und des daraus resultierenden mangelhaften Schlusses derselben, an den Boden der Nasenhöhle gelangt ist. Möglich wäre es allerdings auch, daß er seinen Weg direkt durch den Canalis incisivus genommen, der durch die Diastase der Oberkieferknochen wohl eine beträchtliche Erweiterung erfahren hatte.

Grätzer.

Lucas, On an ill-developed upper lateral incisor tooth as a forerunner of harelip or cleft palate. (The Brit. Journ. of childrens diseases. 1904. Nr. 11. S. 483.) Auf Grund früherer Beobachtungen ist L. der Ansicht, daß der angeborene Mangel eines oberen seitlichen Schneidezahnes in engerer Beziehung zu der Hasenscharte und dem Wolfsrachen steht, derart, daß an Stelle dieses Mangels in den folgenden Generationen eine oder beide Mißbildungen gleichzeitig auftreten können. Als Beweise führt er zwei neue Beobachtungen an. Schreiber (Göttingen.)

Sophus Bentzen, Beitrag zur Ätiologie des hohen Gaumens. (Fränkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 14.) Verf. hat Schädelmessungen ausgeführt, auf Grund deren er zu dem Ergebnis gelangt, daß in der Ätiologie des hohen Gaumens Rachitis und Leptoprosopie keine primäre Rolle spielen. Sie können nur indirekt dazu beitragen, insofern sie die Entstehung von Verbiegungen der Nasenscheidewand begünstigen, welch letztere wiederum als primäre Ursache für das hohe Gaumengewölbe anzusehen sind. Auch der Mundatmung infolge adenoider Vegetationen schreibt Verf. keine ausschlaggebende Bedeutung bei; er sieht in ihr wie in der Septumdeviation nur ein begünstigendes

Moment bei Personen, die durch Erblichkeit oder individuelle Anlage zum hohen Gaumen disponiert sind. F.

Miksa Rosenák und **Ignác Feldmann,** Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus. (Gyógyászat. 1905. Nr. 6.) Die dreigeteilte, an der Spitze mit drei Zysten durchwucherte, stark vergrößerte Zunge wurde bei einem Säugling beobachtet. Ernö Deutsch (Budapest).

A. F. Hecht, Glossitis und Mediastinitis peracuta bei einem Säugling. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 4—6.) 8monatliches, künstlich genährtes Kind mit einer akut verlaufenden Entzündung der Zunge mit Beteiligung der regionären Drüsen, der Gebilde des Mediastinum anticum, einer ganz frischen Pneumonie und einer allgemeinen Staphylokokkeninfektion; Exitus letalis. Den Infektionsmodus erklärt H. folgendermaßen: eine Streptokokkenbronchitis hat zu lobulären Herden in der Lunge, gleichzeitig zur Verbreitung auf dem Lymphwege in das mediastinale Zellengewebe geführt. Gleichzeitig allgemeine Infektion mit Staphylococcus pyogenes albus. Andererseits hat das eitrige bronchiale Sekret im Munde verweilt und bei zu brüsker Mundreinigung und dadurch gesetzten Läsionen zu örtlicher Infektion der Zunge geführt, begünstigt durch die allgemeine Erschöpfung, die nach Kraus für das Zustandekommen einer Glossitis phlegmonosa ein wichtiges prädisponierendes Moment ist. Hecker.

Ernst Deutsch, Die Rigasche Krankheit. (Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 40. Heft 1—3.) Die nach dem Italiener Riga benannte, in Italien als „produzione sottolinguale" geführte Krankheit ist ein auf das Zungenbändchen lokalisiertes Neugebilde, welches gewöhnlich mit einem diphtherischen Belag bedeckt, unabhängig von Pertussis auftritt. Klinisch unterscheidet man eine benigne und eine maligne Form. In beiden Fällen ist es ein auf dem Zungenbändchen reitendes Neoplasma, dessen Größe die eines Zweihellerstückes erreichen kann, nicht schmerzhaft, nicht blutend, und auf dessen Oberfläche „ein gräulicher Belag" haust. Außer etwas Salivation und und manchmal erschwertem Saugen findet man bei der benignen Form keine begleitenden Symptome; bei der malignen ist allgemeine Kachexie und Alteration des Magendarmtraktus beschrieben. Die Prognose ist bei der benignen Form gut. Dauer der Krankheit 14 Tage bis 20 Monate. Bei der malignen dubiös, nicht selten Exitus letalis. Die Behandlung besteht entweder in Verätzung oder in Exzision, oder in Entfernung des verursachenden Momentes (Zahnextraktion, Ammenwechsel bei schwergehender Brust, künstliche Ernährung).

Verf. fügt die Eigenbeobachtung eines 6 Monate alten Brustkindes mit einer kaffeebohnengroßen grau belegten harten Geschwulst am Zungenbändchen bei (illustriert). Ätzung mit Lapis und Jod erfolglos; 4 Wochen nach Exzision Rezidiv; Heilung erst nach Entfernung eines Schneidezahnes und Durchführung der Ablaktation.

Die histologische Untersuchung ergibt: Hypertrophie der

Submucosa mit papillären Exkreszenzen, welche durch mehrschichtiges kubisches Epithel gedeckt ist, die oberste Schicht verhornt. Ein Teil der Geschwulst der Epitheldecke beraubt, an dieser Stelle kleinzellige Infiltration in der Submucosa. Diagnose: Papillom (illustriert).

Verf. ist der Ansicht, daß die Rigasche Krankheit ein auf mechanischer Basis entstehendes benignes Neoplasma ist, zu dessen Heilung die Entfernung der hervorbringenden Momente am vorteilhaftesten ist. Er bezweifelt den Bestand einer malignen Form, die als zufälliges Zusammentreffen zweier Krankheiten aufzufassen sei.

Hecker.

Plessi, Die sublinguale Geschwulst der Kinder. (Rigasche Krankheit.) (La Pediatria. Dezember 1904.) In den drei Fällen des Verf. handelte es sich nicht um kachektische Kinder; die Affektion ging auch stets in Heilung aus. Der Sitz war nicht, wie gewöhnlich angegeben wird, auf dem Frenulum, sondern an den Seiten desselben und die Geschwulst ist niemals über dieses hinweggegangen.

F.

Filippo Pagliari, Über die Prophylaxe und Behandlung des Soor. (Rivista di Clinica Pediatrica. Oktober 1904.) Zur Prophylaxe läßt Verf. bei allen Säuglingen, solange sie in dem Säuglingsheim, das ihm unterstellt ist, sich befinden, täglich einmal die Mundhöhle mit 1%iger Argentumlösung reinigen. Erkrankt eines der Insassen an Soor oder wird ein Säugling bereits an Soor erkrankt eingeliefert, so wird die Mundhöhle 2mal täglich mit 3%iger Argentumlösung gereinigt; diese Behandlung wird kurze Zeit fortgesetzt, wenn anscheinend bereits Heilung eingetreten ist.

F.

K. v. Buday, Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Erkrankungen des Mundes und des Rachens. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 1.) Zur wissenschaftlichen Aufarbeitung kamen 5 Fälle: 1. Noma faciei bei einem 7 Jahre alten Kind. 2. Stomatopharyngitis gangraenosa bei einem 8 Jahre alten Knaben. 3. Pharyngitis und Gingivitis gangraenosa bei einem 2 Jahre alten Kinde. 4. 9 Jahre altes Mädchen mit einer Stomatitis gangraenosa. 5. Noma faciei et linguae bei einem 14 Jahre alten Knecht.

Das histologische Bild zeigt einen plötzlichen Übergang in dem abgestorbenen Teile, in welchem auch die Färbbarkeit der Kerne plötzlich aufhört. In den oberflächlichen zerfallenen Teilen fanden sich meistens Kokken, diphtherieartige Bazillen, dicke, dem Bacterium coli und Bacterium putrificus coli ähnelnde Bakterien, wenig Spirillen, spindelförmige Bazillen und längere Fäden. In den tieferen Partien waren massenhaft Leptothrixfäden aufzufinden, an der Grenze Spirillen, die beiden Arten mit Bacillus fusiformis vermengt finden sich im Gebiete der schmutziggelben Nekrose.

Verf. erklärt diese Erkrankungen für eine, durch die Symbiose des Bacillus und Spirillum fusiforme hervorgebrachte infektiöse Gangrän.

Ernö Deutsch (Budapest).

Wilhelm Eichmeyer, Über Angina ulcero-membranosa Plauti und Stomatitis ulcerosa. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde.

Bd. 62. Heft 1.) Die Angina Plauti stellt klinisch-anatomisch einen oberflächlichen, nur das Epithel betreffenden oder einen tiefer greifenden nekrotischen Prozeß dar (sogenannte membranöse und ulzeröse Form), bei dem sich in zweiter Linie auch eine geringe fibrinöse Exsudation nachweisen läßt. Die Membranen bestehen in der Hauptsache aus nekrotischen Gewebsmassen und aus zahllosen, nahezu in Reinkultur vorhandenen fusiformen Bazillen und Spirochäten.

Die Zugehörigkeit der Angina Plauti zur Stomatitis ulcerosa erweist sich einerseits durch die klinisch-anatomische Gleichartigkeit beider Affektionen, andererseits durch den gleichen bakteriologischen Befund. Daß es bei der Stomacace fast ausnahmslos zu einer tiefer greifenden Nekrose kommt, erklärt sich vornehmlich durch den Druck der Zähne auf das Zahnfleisch und die Mundschleimhaut.

Die Angina Plauti tritt meist primär als atypisch lokalisierte ulzeröse Stomatitis auf: zuweilen ist sie jedoch mit einer typischen Stomatitis ulcerosa kombiniert und in einigen Fällen hat man sogar ein Übergreifen des Prozesses von der Mundhöhle auf die Tonsillen beobachten können.

Über die Pathogenese bzw. die bakteriologische Ursache der Angina läßt sich nach den bisherigen Untersuchungen kein sicheres Urteil bilden. Auf die Bedeutung der Symbiose zwischen fusiformen Bazillen und pyogenen Bakterien ist mehrfach hingewiesen. Daß die ersteren aktiv in das Gewebe vordringen können, wird durch pathologisch-anatomische Untersuchungen hinreichend bewiesen. Andererseits finden sich die Bazillen auch bei zahlreichen eitrigen und nekrotischen Prozessen anderer Organe, wobei aber stets ein fötider bzw. gangränöser Charakter vorhanden ist. So viel steht auf Grund dieser Beobachtungen sowie der Kultur- und Tierversuche fest, daß die Fusiformes dem Krankheitsbilde sein charakteristisches Gepräge verleihen. Die Spirochäten stellen lediglich Schmarotzer dar und finden sich in den meisten Fällen gleichzeitig mit dem Fusiformis, ohne daß durch diese Symbiose, wie behauptet worden ist, die tiefer greifende ulzeröse Form bedingt zu sein braucht.

Die auffallende Ähnlichkeit des anatomischen Befundes der nekrotisch-ulzerösen Form mit dem Bilde der Noma, die jauchige bzw. gangränöse Beschaffenheit der Beläge, ferner das Vorkommen derselben und gleichartiger Bakterien (Fusiformes und Spirochäten; ähnliche Nomabazillen) lassen die Vermutung zu, daß es sich bei beiden Affektionen um verwandte Prozesse handelt.

In praxi kommt differentialdiagnostisch der Angina Plauti gegenüber vor allen Dingen die Rachendiphtherie in Frage. Bietet auch das klinische Bild und der mikroskopische Befund der Abstrichpräparate gewisse Anhaltspunkte für die Diagnose, so ist bei der häufigen Vergesellschaftung der beiden Prozesse eine Diphtherie erst dann auszuschließen, wenn trotz mehrfacher Abimpfung nie Diphtheriebazillen gezüchtet worden sind.

Hecker.

Hochhaus (Köln), Über die Behandlung akuter Halsaffektionen mittels Stauungshyperämie. (Die Therapie der Gegen-

wart. Oktober 1905.) H. bediente sich der schon von Bier angegebenen Technik. Man nimmt am besten ein 2—3 cm breites Band aus Gummistoff, wie es zu Hosenträgern gebraucht wird; das eine Ende versieht man mit einem Haken, das andere mit mehreren Ösen, die in verschiedener Entfernung angebracht sind, damit die Schnürung nach Bedarf enger und weiter gemacht werden kann. Die ersten Stunden lege man die Binde um den Hals nur locker an, und erst wenn Gewöhnung eingetreten ist, ziehe man sie stark an, daß ein mäßiger Grad von Stauung entsteht. H. hat die Binde dann, mit nur geringen Unterbrechungen, Tag und Nacht liegen lassen, was auch bei der größten Zahl der Pat. sehr gut möglich war. Kinder ertrugen die Stauung auffallend besser, als Erwachsene. Es gehört freilich Übung dazu, bei einzelnen Pat. den richtigen Grad von Stauung zu treffen.

Behandelt wurden so 36 Fälle von Diphtherie, meist mittleren Grades, aber auch sehr schwere Fälle (ausgeschlossen waren natürlich alle Pat. mit Kehlkopfstenose). Nur ein Todesfall (4 jähr. Kind mit Herzschwäche eingebracht). Bei den übrigen gingen die örtlichen Erscheinungen auffallend rasch zurück, Komplikationen stellten sich höchst selten ein. Bei den meisten Fällen wurde auch Serum eingespritzt, aber die mit Serum und Stauung behandelten nahmen einen weit rascheren Verlauf, als die bloß mit Serum behandelten.

Auch eine Anzahl Fälle von einfachen Anginen und von Gesichtserysipel (meist Erwachsenen) wurden mit Stauung behandelt. Bei den Anginen wurden zwar die subjektiven Beschwerden rasch gemildert, der Krankheitsprozeß objektiv nicht in dem Grade, wie bei Diphtherie. Bei den Erysipelen übte die Stauung einen recht günstigen Einfluß aus.

Grätzer.

Ernest Giorelli et **Antoine Brinda** (Turin), L'emploi du sérum antidiphtérique dans le traitement des stomatites et des vulvo-vaginites de l'enfance. (Arch. de médecine les enf. 1905. Nr. 12.) Die Verfasser haben in mehreren Fällen von aphtöser und ulzeröser Stomatitis, sowie auch in anderen von Vulvo-vaginitis bei Kindern Einspritzungen von antidiphterischem Serum in Anwendung gezogen und sind mit den erzielten Resultaten durchgehends sehr zufrieden, dies um so mehr, als diese Behandlungsmethode keinerlei nachteilige Folgen auf die kleinen Patienten ausgeübt hat.

In beiden erwähnten Krankheiten handelt es sich nicht um Löfflersche Bazillen, von einer spezifischen Einwirkung des Diphtherieserums kann also nicht die Rede sein. Die guten Erfolge dieser Serumeinspritzungen scheinen also darauf zu beruhen, daß durch dieselben die natürliche Heilungskraft des Organismus erweckt und eine rasche, spontane Heilung bewirkt wird. Diese Versuche wären also einer weiteren Prüfung zu unterziehen.

E. Toff (Braila.)

J. Feillard, De l'argent colloidal et de son emploi dans le traitement des angines avec adénopathies. (Thèse de Paris. 1904.) Verf. hat das kolloidale Silber oder Kollargol in 17 Fällen von Anginen mit Schwellung der Drüsen angewendet und gute Resultate erzielt. Er benutzte meist von einer 15 % igen Salbe 1—2 g,

je nach dem Alter des Kindes, und ließ dieselbe gründlich, 10 bis 15 Minuten lang, auf die Retro- und Submaxillargegend einreiben. Namentlich in den auf Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion beruhenden Anginen erzielt man rasches Verschwinden der Drüsenschwellung, Abfall des Fiebers und Verbesserung des Allgemeinzustandes. Auch in Fällen von diphtheritischer Angina vermindert das Kollargol die Adenopathie. E. Toff (Braila).

K. Gerson, Zur Behandlung der Angina lacunaris. (Mediz. Klinik. 1905. Nr. 36.) G. teilt ein einfaches Verfahren mit, das ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Eine gewöhnliche Hohlsonde setzt man mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weißen Punkt der Tonsille, welcher einen Ausführungsgang der Lakune und des lakunären Pfropfes kennzeichnet, und schiebt die Sonde langsam in den lakunären Gang vor. Während man mit der Sonde vordringt, entleert sich aus der Lakune eine mehr oder minder dickflüssige, zähe Masse, die man in der Hohlrinne auffängt. Nach Entfernung des Inhalts sieht man die leere Öffnung des Lakunenkanals vor sich, der sich aber oft bis zum nächsten Tage mit dünnflüssigem Sekrete teilweise wieder füllt. Eine wiederholte Sondierung schafft diesen geringen Nachschub des Sekretes leicht heraus. Handelt es sich um alte Pfröpfe, so kommt bei der Sondierung der Inhalt der Lakune als fester, oft über 1 cm langer, weißlicher Zylinder zum Vorschein. Hat man alle sichtbaren Lakunen so durch Sondierung entleert, so sind Schwellung wie Rötung der Tonsille und auch die subjektiven Beschwerden meist schon am nächsten Tage verschwunden. Ist das nicht der Fall, so bestehen noch mit dem bloßem Auge unsichtbare, gefüllte Lakunen, die man, indem die Tonsille durch den ausgezeichneten Hartmannschen Mandelquetscher von allen Seiten massiert wird, gleichfalls entleert.

Auch in bezug auf die Differentialdiagnose dürfte das Sondierungsverfahren in zweifelhaften Fällen von Nutzen sein, z. B. in solchen, wo man anfangs schwankt, ob eine Angina lacunaris oder diphtheritica vorliegt. Gelingt es nach Abwischen der Sekretflächen die Lakunen zu sondieren und zu entleeren, so schwinden die weißen Flächen, Entzündung und Schmerzen lassen rasch nach, wenn es sich um Angina lacunaris handelt, während bei der Diphtherie eine so prompte Beseitigung der lokalen und Allgemeinerscheinungen durch jenes Verfahren nicht möglich ist. Grätzer.

Cotterill, Parotitis of abdominal origin. (Scott. Med. and surg. Journ. Vol. 16. Nr. 6. S. 508.) Der Zusammenhang von Parotitis und Erkrankungen der Bauchorgane ist noch nicht völlig klargestellt. C. berichtet über 5 Fälle von Abdominalerkrankungen, die mit Parotitis kompliziert waren. Darunter befanden sich zwei Mädchen im Alter von je 8 Jahren, von denen die eine einen tuberkulösen Abszeß im Peritonealraum hatte, neben einer Karies der Wirbelsäule, die andere eine zirkumskripte Peritonitis mit Abszeßbildung.

Schreiber (Göttingen).

Mathilde de Biehler (Varsovie), Angine et Appendicite. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 8.) Aus den von der Verfasserin

mitgeteilten zwei Fällen würde eine Beziehung zwischen Angina und Appendizitis zu entnehmen sein.

In dem einen dieser Fälle handelte es sich um ein 7 jähriges Mädchen mit Angina follicularis und 38—39° Temperatur, welche durch zwei Tage anhielt. Dann besserte sich der Zustand, doch nach wenigen Tagen stieg die Temperatur wieder auf 39° und es entwickelte sich das klassische Bild einer Appendicitis, welche nach 5 Wochen in Heilung überging. Während dieser Zeit waren durch einige Tage die Mandeln wieder entzündet und es bestanden empfindliche Halsschmerzen.

In zweiten Falle handelt es sich um einen 9 jährigen Knaben, welcher jedesmal, im Verlaufe einer Halsentzündung, Schmerzen in der rechten Fossa iliaca empfand; die Schmerzen traten in Verbindung mit Verstopfung auf, doch dauerte der ganze Zustand nicht mehr als 3—4 Tage. Das letzte Mal waren die Mandeln stark geschwellt und hatten einen graugelben Belag, in welchem Streptokokken gefunden wurden. Am Abend war die Körperwärme auf 39,9° gestiegen und es entwickelte sich, unter heftigen Schmerzen, das vollständige Bild einer Blinddarmentzündung, welche 2 Wochen andauerte und ebenfalls in Heilung überging.

Die Verfasserin frägt sich, ob diese Erscheinungen an Tonsillen und Appendix nur zufällig gleichzeitig auftraten, ob dieselben der Ausdruck einer gleichzeitigen Infektion, oder ob die Tonsillen die Eingangspforte für die sich später am Wurmfortsatze lokalisierenden Mikroorganismen abgegeben haben. E. Toff (Braila).

C. Granfelt (Melle), Des vomissements périodiques chez les enfants et de leurs rélations avec l'appendicite. (Thèse de Paris. 1905.) Die Frage des Zusammenhanges zyklischer Brechanfälle mit Entzündungen des Wurmfortsatzes ist noch nicht vollständig klargelegt, auch wird ein solcher Zusammenhang von manchen vollständig geleugnet. Comby ist ein Hauptverfechter der Anschauung, daß viele Fälle von Appendicitis durch zyklisches Erbrechen in Erscheinung treten, und auch G. selbst konnte 14 Fälle aus verschiedenen Krankenhausabteilungen zusammentragen, wo ein solcher Zusammenhang nachgewiesen wird. Durch genaue Untersuchung konnte die Diagnose gestellt und durch die vorgenommene Operation bestätigt werden. E. Toff (Braila).

H. Alapy, Die Frühoperation bei Appendicitis. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 39. Heft 4—6.) Eine kritische sorgfältige Arbeit, aus eigenen Erfahrungen hervorgegangen, deren Lektüre jedem Arzt empfohlen sei. A. ist, was die Appendicitis im Kindesalter anlangt, radikaler Frühoperateur und stellt sich damit in Gegensatz zu den meisten Autoren. Er hält die Appendicitis im Kindesalter für eine viel schwerere Erkrankung als in späteren Jahren und verwirft die Auffassung, daß beim Kind die Neigung zur Spontanheilung größer sei als beim Erwachsenen. Im Gegenteil habe in zweifelhaften Fällen das jugendliche Alter des Pat. den Entschluß nach der Richtung der Operation hin zu beeinflussen. Am meisten wird das Leben der Appendicitiskinder gefährdet durch die diffuse septische Peritonitis,

die mit und ohne Operation eine recht schlechte Prognose gibt. Gefährlich sind ferner jene zwei Formen der Sepsis, bei deren einer die Infektion sich entlang den Lymphbahnen, bezw. Blutbahnen weiter verbreitet, und deren andere sich im Auftreten multipler Abszesse im Abdomen äußert. Eine ebenso schlimme Komplikation bildet der Darmverschluß durch Verwachsungen, die in den nächsten Wochen nach dem Anfall, manchmal aber auch ohne Anfall schleichend zustande kommen können. Der tückische Charakter der kindlichen Appendicitis zeigt sich in der großen Anzahl der Todesfälle, welche mit einer Operation in gar keinem Zusammenhang stehen und nur durch die Schwere der Affektion bedingt sind (18 %).

Sowohl der Anfall selbst, wie auch die Krankheit an sich geben wenig günstige Aussichten auf radikale Spontanheilung. Gewiß heilt ein Teil der Fälle von selbst aus, und zwar nicht nur eine im Innern des Fortsatzes sich abspielende Entzündung, sondern auch Fälle, die mit Perforation und Abszeßbildung einhergehen durch Resorption des Abszesses oder Entleerung auf irgendeinem Weg. Fälle, die zwar kein eigentliches Anfallrezidiv mehr bekommen, wohl aber gewisse chronische Beschwerden zeigen, dürfen nicht für geheilt gelten. Solche Beschwerden sind: Neigung zu Durchfall oder hartnäckige Verstopfung bei schlechtem Appetit, häufige kolikartige Leibschmerzen mit oder ohne Übelkeit und Erbrechen; bei stärkeren Körperbewegungen auftretende Leibschmerzen.

Aus dieser ungünstigen Prognose der Krankheit im Kindesalter ergibt sich schon spekulativ die Schlußfolgerung, daß die abwartende Behandlung nicht ganz berechtigt ist, daß man häufiger versuchen müßte, auf einem andern, nämlich dem operativen Wege, die Gefahr zu beseitigen, vorausgesetzt natürlich, daß dieser Weg weniger gefahrlos ist als die zuwartende Behandlung.

Hinsichtlich der Operation im Anfall plädiert Alapy für Vereinfachung der Methoden und begnügt sich im allgemeinen mit der Entleerung des Eiters. Nur zwei Befunde veranlassen ihn strikte dazu, den Appendix sofort im Anfall aufzusuchen und zu exstirpieren, selbst auf Kosten einer gewissen Gefahr, d. i. 1. wenn man nach der Bloßlegung des entzündlichen Tumors nirgends in eine ausgesprochene Abszeßhöhle gelangt, sondern der Eiter von allen Seiten zwischen den Verwachsungen hervorsickert, ebenso wenn der Wurmfortsatz auf der medialen Seite zwischen Dünndarmschlingen liegt. 2. Bei Bestehen eines Strangulationsileus; man wird dann die Strangulation meistens in unmittelbarer Nähe des Appendix auffinden und nur durch Loslösung des Fortsatzes aus seinen Verwachsungen eine klare Übersicht gewinnen. Nach jeder Abszeßeröffnung, bei der nicht auch der Appendix entfernt wurde, ist die nachträgliche radikale Operation unbedingt zu empfehlen.

Zu seinen radikalen Ansichten wurde Verf. durch folgende Tatsachen geführt: die Quelle beinahe sämtlicher gefahrvoller, auch tödlicher Komplikationen liegt in dem Auftreten der Abszeßbildung. — Nur die Frühoperation vermag dieser Abszeßbildung vorzubeugen. — Die amerikanischen und französischen Chirurgen operieren bereits seit Jahren jeden einigermaßen schwereren Anfall in den ersten Stunden mit

dem glänzenden Resultat, daß sie nur 1—2%, manche sogar nur ½% ihrer Kranken verlieren. — Nach einer frühzeitigen Entfernung des Wurmfortsatzes vermag die Bauchhöhle selbst eine bereits bestehende Infektion zu überwinden, sofern nur die Quelle weiterer Infektion verstopft ist; man kann unter solchen Umständen nach Entfernung des Wurmfortsatzes die Bauchwunde gänzlich vernähen.

Während die Frühoperation auch bei ihren Gegnern nicht als eigentlich gefährlich mehr gilt, hält man sie doch vielfach für überflüssig, indem etwa 70%, die auch ohne Operation zur Heilung kommen, den Gefahren der Operation ausgesetzt würden. Dem hält Alapy entgegen, daß annähernd die Hälfte der Anfälle so mild auftritt, daß bei diesen eine Operation weder zu Beginn des Anfalls, noch später, noch überhaupt zur Sprache kommen kann, und er bemerkt ferner ganz richtig: „Auf der einen Seite die sogen. konservative Behandlung, welche 70 Patienten die Operation erspart und heilt, hingegen einen großen Teil der übrigen unrettbar verliert; auf der andern Seite jenes Verfahren, bei welchem jeder schwere Fall schon in den ersten Stunden einer gefahrlosen Operation unterworfen wird, durch welche, mit Ausnahme eines verschwindend kleinen Bruchteiles, jeder Kranke gerettet wird.“

Zur Diagnose des akuten Anfalles der Appendicitis verfügen wir über drei kardinale Symptome, welche einzeln nicht viel Bedeutung besitzen, zusammengenommen aber die Diagnose in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vollkommen sichern. Dazu sind: 1. der spontane plötzlich auftretende heftige Leibschmerz, der sich anfangs auch in andern Gegenden des Leibes lokalisieren kann; 2. die Druckempfindlichkeit des Unterleibes. Hierbei soll man nicht in der gewohnten Weise mit der ganzen Hand oder mit flach aufgelegten Fingern palpieren, sondern mit der Spitze eines Fingers langsam, aber möglichst tief eindrücken, womöglich unter den äußeren Rand des rechtsseitigen geraden Bauchmuskels, unter stetem Vergleichen mit der andern Seite. Konstant wird der Appendix auch am Punkte der größten Empfindlichkeit aufgefunden. Pathognomisch ist, wenn der spontane Schmerz an andern Gegenden des Leibes empfunden wird, der Druckschmerz hingegen in der Gegend des Blinddarms am ausgeprägtesten ist. 3. Die Rigidität der Muskeln der rechten Unterbauchgegend. Hier wird mit der ganzen Hand unter sehr sanftem Druck palpiert. Auf diese Weise kann in 90% sämtlicher Fälle die Diagnose schon in den ersten Stunden des Anfalles mit voller Bestimmtheit gemacht werden. Gewisse Symptome deuten darauf hin, daß der Anfall wahrscheinlich einen schweren Verlauf nehmen wird, z. B. Schüttelfrost, sehr hohes Fieber, Schweiß, schlechter frequenter Puls, andauerndes Erbrechen, krankes Aussehen usw.

Bei Behandlung der leichten Fälle beschränkt sich Alapy auf Eisumschläge, einen Einlauf und eine Morphiuminjektion, warnt aber vor der schablonenhaft fortgesetzten Darreichung von Opium. Bei rezidivierenden Fällen hält Alapy die Indikation zum Eingriffe bei Kindern für eine absolute. Im akuten Anfall gibt es für ihn nur eine richtige Indikation zum Eingriffe, nämlich die sichere Konstatierung, daß eine akute schwere Appendicitis besteht.

Hecker.

Lycklama à Nyeholt, Nabehandeling na Apendicitis (Nachbehandlung nach Appendicitis). (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. II. S. 575.) L. fordert bei der Nachbehandlung der Appendicitisoperation eine vollständige Bettruhe von 14 Tagen. Es sei nicht gestattet, Pat. vor dieser Zeit aufstehen zu lassen. Er habe nämlich beobachtet, daß nach der Appendektomie 8—14 Tage lang die Rektumtemperatur konstant etwas erhöht ist. Diese Erhöhung der Temperatur war nur durch Messung im Rectum bemerkbar; die Temperatur in der Achselhöhle war in diesen Fällen nicht höher als 36,8° C.

Graanboom (Amsterdam).

Mc. Kenzie, Appendicitis in a child discovered by rectal examination. (British Journ. of Childrens diseases. 1904. S. 542.) Mc. Kenzie bringt zum Beweise für die Bedeutung der Digitaluntersuchung des Rektums bei Kindern die Krankengeschichte eines 4jährigen Knaben, der an Störungen des Verdauungskanals litt, bei welchem aber äußerlich nichts nachweisbar war. Eine Untersuchung per rectum ergab eine Appendicitis, die dann auch mit Erfolg operiert wurde.

Schreiber (Göttingen).

Carpenter, Never forget to make a rectal examination in a child: the practical aspects of bimanual examination in pelvic and abdominal affections of childhood. (British Journ. of Childrens Diseases. Vol. II. Nr. 5. S. 193.) C. betont die Wichtigkeit der Rektal- bezw. Bimanualuntersuchung bei Kindern und bringt als Beleg für seine Anschauung eine Reihe interessanter Krankengeschichten.

Schreiber (Göttingen).

Pachnio (Königsberg), Über Dauerresultate der Colopexie bei hochgradigem Rektumprolaps. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 2.) Zusammenfassende Arbeit über 58 bisher in der Literatur veröffentlichte, sowie 12 in der Königsberger chirurg. Klinik beobachtete Fälle. Darnach berechnet Verf., daß in 59% der Fälle Rezidive eintreten, kein allzu günstiges Resultat. Von Interesse ist dabei jedoch, daß Kinder und auch teilweise jugendliche Individuen nach dieser Statistik nur geringe Neigung zur Rezidivierung des Prolapses haben.

Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

J. Comby (Paris), Hémorrhoïdes chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Nr. 11. 1904). Hämorrhoiden im Kindesalter sind nicht so selten als man gemeinhin anzunehmen geneigt wäre. Houzel konnte in seiner Inauguraldissertation (Paris, Juli 1903) 15 Fälle sammeln, und dürften sich die Beobachtungen mehren, nachdem die Aufmerksamkeit auf die Krankheit hingelenkt worden ist. C. hat fünf Fälle bei Kindern im Alter von 2, $2^1/_2$, 3, $3^1/_2$ und 15 Jahren beobachtet, doch kann die Krankheit auch bei Neugeborenen beobachtet werden und selbst angeboren sein. Fast immer ist eine vererbte Anlage im Spiele, und findet man bei den Eltern Hämorrhoiden und andere Manifestationen der arthritischen Diathese (Gicht, Asthma, Diabetes, Migräne, Harnsteine usw.).

Gerade so wie bei Erwachsenen bilden auch bei Kindern anale Blutungen eines der Hauptsymptome innerer Hämorrhoiden. In

manchen Fällen können auch Blutgerinnsel entleert werden. Mitunter bleiben die Hämorrhoiden latent und werden nur durch die rektale Untersuchung gefunden, um erst im spätern Alter in Erscheinung zu treten. Äußere Hämorrhoiden haben auch im Kindesalter dasselbe Aussehen wie bei Erwachsenen, doch ist ihr Volumen selten ein großes.

Die Prognose der kindlichen Hämorrhoiden bietet an sich nichts Gefährliches, da sie meist gut vertragen werden, doch werden dieselben mit fortschreitendem Alter größer, so daß endlich doch eine chirurgische Entfernung notwendig wird.

. Therapeutisch sind kalte Klysmen, Suppositorien mit Extrakt. Ratanhiae und Betupfungen mit Adrenalinlösung $^1/_{1000}$ zu empfehlen.

E. Toff (Braila).

Klein (Berlin), Zur radikalen Behandlung des Pruritus ani. (Die Therapie der Gegenwart. November 1905.) 12jähriges Mädchen leidet seit 4 Jahren an Afterjucken, gegen das die üblichen Mittel machtlos waren. Schlechtgenährtes, anämisches, sehr reizbares Kind. Analgegend zeigt im Umkreise eines Kleinhandtellers eine etwa 2 mm betragende Hautverdickung. Haut von Kratzeffekten durchsetzt, oberflächlich mazeriert, Farbe wie syphilitische Papeln dieser Gegend. Diese Charaktere setzen sich 2—3 cm in die Afterschleimhaut fort. After klafft leicht.

Therapie: In Narkose energische Kauterisation der affizierten Stellen einschließlich der Analschleimhaut mit flachem Paquelin. Völlige Heilung ohne wesentliche Narbenbildung. Nachbehandlung (Kamillensitzbäder und Lanolincrême) 4 Wochen.

Grätzer.

B. Salge, Über den Durchtritt von Antitoxin durch die Darmwand des menschlichen Säuglings. (Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 60. Heft 1.) Behring fußte seinerzeit bei seiner Tuberkuloseentstehungstheorie auf den Versuchen Römers, welcher eine vermehrte Durchlässigkeit des Darmes junger Tiere für Antitoxin angenommen hatte. Weiterhin konnte Escherich bei Kindern, denen er Diphtherieheilserum verfütterte, dieses im Blute nachweisen. Salge untersuchte nun, ob beim Neugeborenen, bezw. jungen Säugling ein Durchtritt von Diphtherieantitoxin durch den Darm nach Verfütterung von Heilserum nachweisbar sei. Er bediente sich folgender Methode von Marx:

Es wird von einem Diphtherietestgift durch eine Reihe von Versuchen festgestellt, welche Dosis eben noch ein deutliches Ödem an der Injektionsstelle nach 2 Tagen erkennen läßt, bei Meerschweinchen von 250 g Gewicht. Ferner wird festgestellt, welche Menge Antitoxin, das 24 Stunden in Berührung mit der betreffenden Giftdosis war, genügt, um die Entstehung des Ödems zu verhüten und die Injektionsstellen „glatt" erscheinen zu lassen.

Aus den Versuchen ergab sich, daß Antitoxin in irgendwie nachweisbarer Menge durch den Darm des Säuglings, auch des sehr jungen, nicht ins Blut übertritt, solange es in Form des Pferdeserums eingeführt wird. Wohl aber findet ein Übertritt statt, wenn es als integrierender Bestandteil der Menschenmilch in den Körper des Kindes gelangt. Das zeigte schon der von Salge wiederholte Ehrlichsche Ammentauschversuch: das Kind einer Amme, das nur $^1/_{48}$ Normalserum aufwies, wurde einer andern Amme zugeführt, deren Kind ein $^1/_{12}$ Nor-

malserum (also ein viel stärkeres) besaß. Nach 10 Tagen verdoppelte sich durch die Ernährung an dieser Amme die antitoxische Kraft von $^1/_{48}$ auf $^1/_{24}$ Normalserum. Auch durch passive Immunisierung der Amme gelang es, das Antitoxin im Blute des Säuglings zu erhöhen. Salge versucht folgende Erklärung: „Die mit den dem Säugling homologen Eiweißsubstanzen (Albumin) der Frauenmilch eingeführten Immunstoffe kommen dem Kinde zugute, die mit dem heterologen Serum des Pferdes eingeführten Antitoxine passieren nicht unverändert die Darmwand und kommen deshalb dem Kinde nicht zugute. Hecker.

N. Stoppato, Über homologe und heterologe Seroreaktion des B. coli commune. (La Pediatria. Januar 1905.) Eine der unter V. Tedeschis Leitung zur Nachprüfung und Ergänzung der Behringschen Arbeit über „Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit" unternommenen Arbeiten.

Das B. coli wurde mittels Agarkulturen gewonnen aus den Fäzes von Erwachsenen, von Säuglingen, die entweder mit Muttermilch oder mit gekochter Kuhmilch ernährt wurden, oder aus den Fäzes von Kälbern oder Kühen; alle waren in normalen Bedingungen.

Aus den verschiedenen Versuchsreihen des Verf.s hat sich ergeben, daß eine mehr positive spezifische Seroreaktion für das B. coli fehlt und daß die negative Seroreaktion spärlich und labil ist, so daß man rationellerweise zu dem Schluß kommt, daß im normalen Serum das Agglutinationsvermögen, da es gegenüber dem B. coli nicht spezifisch ist, die Entwicklung des normalen B. coli commune nicht zu verhindern, sondern nur vorübergehend aufzuhalten imstande ist. Nach unsern Kenntnissen vom Übergang immunisierender und agglutinierender Elemente aus dem Blut in die Milch beim Menschen und Tiere, scheint es nicht unangebracht, jene Folgerungen auf die Laktoreaktion gegen das B. coli zu übertragen. F.

Sorgente, Cystitis durch B. coli bei einem 28 Monate alten Mädchen. (La Pediatria. Dezember 1904.) Es handelte sich um ein kräftiges Kind; von seiten des Intestinum bestanden keinerlei Symptome. Im Urin fanden sich reichlich Harnsäurekristalle und amorphe Urate; die Urinentleerungen waren sehr spärlich (1—2 mal in 24 Stunden). Wie Impfversuche mit dem isolierten Mikroorganismus ergaben, erwies sich dieser als virulent. Es wurde Heilung erzielt mit Decoct. fol. uvae ursi und Urotropin. F.

Gottfried Hüsler, Beiträge zur Lehre von den Harnblasengeschwülsten im Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 2.) Der erste Fall betraf einen $1^1/_2$ jährigen Knaben, der unter den Symptomen einer Cystitis zugrunde ging. Post mortem fand sich unten an der innern Wand der Blase ein relativ voluminöser Tumor, von dem sich ein zapfenförmiger Fortsatz bis in die Pars prostatica der Urethra herabsenkte. Histologisch handelte es sich um ein Fibroma oedematosum myo-enchondromatosum. Es ist der erste Fall, in welchem in einer Geschwulst der kindlichen Blase Knorpeleinschlüsse nachgewiesen wurden. Der zweite Fall war ein 7 jähriger Knabe, bei dem die klinische Diagnose gestellt wurde auf: Retentio urinae, Cystitis

et Nephritis, Perforation in den Darm, Myxom der Blase? Die Sektion zeigte die Höhlung der Blase eingenommen von einem traubenförmigen papillären Tumor von 8:5 cm Ausdehnung. Histologisch war es ein Fibro-Rhabdomyom, wobei der charakteristische Bestandteil sich aus jugendlichen Formen von Muskelelementen und zwar quergestreiften Muskeln zusammensetzte. Zur Pathologie der Blasengeschwülste bemerkt Verf., daß als Prädilektionssitz guter wie bösartiger Neubildungen in der Blase die Gegend des Blasenhalses, das Trigonum Lieutaudii sich ergibt. Dabei kommen Verstopfungen der Harnröhre vor, bei den gutartigen im ganzen häufiger. Die Tumoren haben wenig Neigung zur Ulzeration, Nekrose oder Blutungen aus dem Tumorgewebe. Die Blase im ganzen zeigt sich in allen Fällen in Mitleidenschaft gezogen und zwar gewöhnlich durch enorme muskuläre Verdickung der Blasenwände und durch Dilatation. Stets findet sich Cystitis. Die Uretherenmündungen sind häufig verlegt; die Folge davon sind Hydronephrosen. Klinisch ist hervorzuheben, daß die Entwicklung der Neoplasmen bei Kindern in den ersten Stadien ganz symptomlos verläuft und erst dann in die Erscheinung tritt, wenn die Geschwulst groß genug geworden ist, um die Harnröhre ganz oder teilweise zu verlegen. Unter den Symptomen sind zu nennen: plötzliche Harnbeschwerden ohne Prodrom, Harndrang, Harnträufeln, Inkontinenz oder auch Retentio urinae. Die entleerte Urinmenge ist im Gegensatze zu der meist großen Ausdehnung der Blase auffallend gering, selbst beim Katheterismus, der beinahe immer vorgenommen werden muß. Die Prognose ist schlecht, der Verlauf ist nach Auftreten der ersten eigentümlichen Erscheinungen ein schneller, wenige Wochen dauernd.

Hecker.

Morton, Valvular obstruction in the urethra of an infant, with secondary changes in the urinary organs. (The Brit. Journ. of childrens diseases. 1904. Nr. 11. S. 500.) Der 13 jährige Knabe wurde wegen der Erscheinungen einer Urinverhaltung, Cystitis und Pyelitis im Kinderhospital beobachtet. Bei der Autopsie fand sich eine dilatierte und stark hypertrophische Blase, die Ureteren waren bis zur Dicke eines Dünndarms erweitert, an beiden Nieren bestand Hydronephrose. Die Blasenschleimhaut war mit Blut und Eiter bedeckt, ebenso wie die Nierenbeckenschleimhaut. Dicht hinter der Blasenschleimhaut hing in der Harnröhre eine nach hinten gerichtete faltenartige Klappe herab, die zwar die Entleerung des Urins hinderte, nicht aber das Katheterisieren.

Schreiber (Göttingen).

L. Langstein, Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämaturie im Kindesalter. (Aus der Univers.-Kinderpoliklinik der Kgl. Charité in Berlin.) (Mediz. Klinik. 15. Okt. 1905.) Drei Beobachtungen, von denen zwei paroxysmale Hämoglobinurie betrafen. Es handelte sich das eine Mal um einen 4 jährigen Knaben, der sich vor einem Jahre durch Barfußlaufen im Schnee erkältet hatte und damals den ersten Anfall bekam, dem dann bei jeder Erkältung, bei jedem Witterungsumschlag weitere Anfälle nachfolgten. Der zweite Fall betraf ein $2^3/_4$ jähriges Kind, das ebenfalls seit etwa einem Jahre bei Witterungsumschlag einen Anfall bekommt. Die Anfälle boten im allge-

meinen keine Abweichung von dem bekannten Krankheitsbilde der paroxysmalen Hämoglobinurie, um die es sich in beiden Fällen handelte. Als ätiologisches Moment war für den ersten Fall Lues hereditaria erwiesen, für den zweiten mindestens wahrscheinlich.

Das dritte Kind, 10 Jahre alt, bekam schon als Säugling intensive Blutungen aus dem Zungenbändchen, später bei jedem geringen Trauma schwere Blutungen aus Unterhautzellgewebe, nach einer Zahnextraktion eine 6 tägige Blutung, ferner aus einer kleinen Schnittwunde eine kolossale Blutung. Im Alter von 4 Jahren entleerte es zum ersten Male blutigen Harn, später noch dreimal ebenso, angeblich ohne veranlassendes äußeres Moment. Der Harnbefund zeigte als Quelle der paroyxsmalen Hämaturie die Nieren an. Tuberkulose, Neubildungen, Steine waren ätiologisch auszuschließen. Die Anamnese wies aber entschieden darauf hin, daß die Nierenblutungen der Ausdruck einer hämophilen Diathese waren. Der Fall hatte eine gewisse Verwandtschaft mit jenem Krankheitsbilde, das Senator als „renale Hämophilie" bezeichnete, dadurch charakterisiert, daß als einziges Symptom einer hämophilen Diathese Nierenblutungen auftreten. Bemerkenswert war aber an dem Falle, daß in der Familie des Kindes sich keine Bluter befanden. Grätzer.

A. Monsseaux (Vittel), Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mai 1905.) Unter den verschiedenen Ursachen, welche sowohl bei Erwachsenen, als auch beim Kinde Störungen im Harnlassen und namentlich die schmerzhafte Pollakiurie veranlassen, figurieren ausnahmsweise Störungen in der normalen Läsion der Harnwege. Namentlich ist es der Überschuß an Harnsäure, welcher derartige Funktionsstörungen bewirken kann, und hauptsächlich findet man derartige Fälle im Kindesalter, wo die Reizbarkeit der Blase eine erheblich größere ist, als späterhin. Es ist annehmbar, daß bei Kindern ein an Harnsäure sehr reicher Harn, namentlich wenn dieselbe unter der Form von Kristallen oder Harnsand auftritt, einen Reiz von genügend kräftiger Wirkung auf das Collum vesicae ausübt, um das Bedürfnis des Harnlassens früher auszulösen, als dies durch die Füllung der Blase bedingt gewesen wäre.

Neugeborene, bei welchen die ersten ausgeschiedenen Harnmengen oft sehr konzentriert und an Uraten sehr reich sind, haben, infolge reflektorischer Kontraktionen des Blasenhalses, anfangs eine Verzögerung der Miktion, welcher dann durch einige Tage sehr schmerzhaftes Harnlassen folgt. Derartige Erscheinungen, kann man auch bei Säuglingen beobachten. Bei mehr als 2 jährigen Kindern sind Dysurie und Blasenkrämpfe seltener beschrieben worden, und namentlich im Verlaufe von intensiven Diarrhöen, akuten Erkrankungen der Respirationsorgane, Pyrexien, nach drastischen Abführmitteln und im allgemeinen in allen jenen Fällen, welche eine zu reichliche Fleischnahrung erhielten, hatte Comby schmerzhafte Kontrakturen des Blasenhalses und Incontinentia urinae nocturna beobachtet.

Die Behandlung dieser Zustände ist hauptsächlich eine kausale, gegen die Hyperazidität gerichtete und besteht in Verabreichung alka-

lischer Wässer, wie Contrexéville, Karlsbad, Vittel, und Regelung der Diät, indem man weniger Fleisch und mehr Milch, Eier und Gemüse geben läßt. E. Toff (Braila).

L. F. Meyer, Zur Kenntnis des idiopathischen Ödems des Säuglings. (Aus dem städt. Kinderasyl und dem Laboratorium der Univers.-Kinderklinik in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.) M. hat bei drei Fällen von idiopathischen Ödemen beim Säugling den Einfluß des Kochsalz- und Phosphorgehaltes sowie der Flüssigkeitsmenge der Nahrung sowohl in bezug auf das Zustandekommen des Ödems als auch in einem Falle in bezug auf den exakten Salzstoffwechsel geprüft. Bei zwei Fällen ging mit Sicherheit, bei einem mit großer Wahrscheinlichkeit eine akute Ernährungsstörung mit kurz dauernder Nierenreizung voraus. Der klinische Verlauf, das rasche Ablaufen derselben, zeigte schon, daß es sich nicht um eine Nephritis handelte, was in einem Falle auch anatomisch nachzuweisen war. Von Beginn der Ödeme an bis ihrer Abheilung waren jedenfalls bei allen drei Kindern weder Eiweiß noch Zylinder zu finden. Die Anschwellungen begannen in sämtlichen Fällen in einer Zeit, wo die Nahrungsmenge und also auch ihr Salzgehalt gesteigert wurde. Stets wurde durch Kochsalzzugabe die Wassersucht rapid vermehrt, durch Veringerung der Kochsalzzufuhr exakt zum Verschwinden gebracht. Dieselbe Bedeutung wie dem Kochsalz ist den Phosphaten und wohl auch den andern Salzen der Nahrung zuzuschreiben.

Der Stoffwechselversuch zeigte, daß sowohl während der ClNa- als auch während der Phosphorperiode eine erhebliche Salzretention stattfand. Eine solche Retention ist sicherlich eine pathologische Erscheinung; der normale Organismus antwortet auf eine erhöhte Kochsalzeinfuhr stets durch gesteigerte Ausfuhr. Wie ist nun das Zustandekommen der idiopathischen Ödeme zu erklären? Erkrankungen des Herzens, Kachexie, Toxine waren auszuschließen. Daß auch anatomische Erkrankungen der Nieren auszuschließen sind, zeigte die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Nieren des einen Kindes, das 17 Tage nach dem letzten Ödem plötzlich starb. Die anatomische Integrität bewies hier auch, daß es sich bei der 4 Monate vorher, während der akuten Ernährungsstörung, stattgehabten Eiweiß- und Zylinderausscheidung nicht um eine „Nephritis“ gehandelt hat. Die anatomische Integrität schließt indes eine funktionelle Schädigung der die Salzausscheidung besorgenden Organe nicht aus. Diese Funktion haben die Epithelien der Harnkanälchen. Liegt eine Schädigung dieser Epithelzellen nun derart vor, daß sie bei einem gewissen Gehalt des Blutes an Salzen funktionsuntüchtig werden, so resultiert daraus eine Überladung des Blutes mit Salzen, die dann in das Gewebe ausgeschieden werden und dort das Wasser fixieren: ein Ödem.

Um das Ödem zu verhüten oder wenigstens schnell zu beseitigen, müssen wir den Salzgehalt der Nahrung möglichst gering zu machen suchen. Man gebe Brust- und Vollmilch, bezw. Verdünnungen mit einer Abkochung aus gewöhnlichem Mehl und Zucker und vermeide in derartigen Fällen die salzreichen künstlichen Nährpräparate, denen meist künstlich noch Salz zugesetzt wird. Grätzer.

Silvestri, Kochsalzmißbrauch als Ursache von Nephritis. (Bull. d. Soc. med. chir. di Modena. XXX. 7.) Im ersten Fall handelte es sich um einen Knaben, der seit früher Kindheit besonders gierig nach Salz war; im Alter von 7 Jahren erkrankte er an schwerer Nephritis (9 $^0/_{00}$ Albumen). Unter geeigneter Behandlung und Beschränkung der Kochsalzzufuhr geheilt, erkrankte er nach 4 Jahren wiederum und erlag diesmal der Krankheit.

Der zweite Fall betraf ein 4 $^1/_2$ jähriges Kind, das infolge derselben Ursache an schwerer Nephritis erkrankte (1,11 $^0/_{00}$ Albumen) und genas.

Mit diesen beiden als besonderes Beispiel ausführlicher mitgeteilten Fällen will Verf. im ganzen 10 gesehen haben, in denen er die Nephritis auf Kochsalzmißbrauch zurückführt. F.

W. Stoeltzner, Zur Behandlung der Nephritis. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 41.) St. gibt die Krankengeschichte eines 2 $^1/_2$ jähr. Mädchens als glänzendes Beispiel der günstigen Beeinflussung einer schweren parenchymatösen Nephritis durch salzsarme gemischte Kost. Im übrigen betont er, daß die Kost nicht nur salzarm, sondern auch eiweißarm, am besten rein vegetarisch sein muß, wobei es wichtig ist, diese vegetarische Kost quantitativ recht reichlich zu halten.

Grätzer.

Storbeck (Magdeburg), Chloralhydrat bei Nephritis. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1905. Nr. 42.) St. wandte das Mittel zuerst bei einem an sehr schwerer Scharlachnephritis erkrankten 12jährigen Mädchen an, das er in tiefstem Koma vorfand. Letzteres schwand nach wenigen Stunden auf Klysmen von 0,3 g Chloralhydrat (2stündlich). Dann wurde das Mittel intern weiter verabfolgt (zweimal täglich 0,3 g), was auf die Nephritis einen auffallend günstigen Einfluß ausübte.

Später behandelte St. noch mehrere Fälle von akuter Nephritis ebenfalls mit kleinen Gaben vom Chloralhydrat und sah sehr gute Erfolge. Grätzer.

D. Kiroff (Sofia), L'urotropine comme moyen prophylactique des nephrites scarlatineuses. (Archives de méd. des enf. November 1905.) Gemäß den Empfehlungen von Wateff, Widowitz u. a., hat auch K. das Urotropin als Prophylakticum gegen die skarlatinöse Nephritis angewendet und ist im großen und ganzen mit den erzielten Erfolgen zufrieden. Er hat das Mittel bei 63 Scharlachkranken in Anwendung gebracht und zwar beginnend mit dem Anfange der Krankheit, wann noch kein Eiweiß im Harne zu bemerken ist. Die angewendete Dosis betrug 0,10—0,30—0,50 ein- oder zweimal täglich, je nach dem Alter des Kranken und wurde durch 15—20 Tage eingegeben. Von den derart behandelten Patienten zeigten sechs Eiweißspuren während weniger Tage, vier machten eine starke Nephritis durch, während die übrigen gesund blieben. Unter andern 100 Scharlachkranken, welche kein Urotropin genommen hatten, sei es aus dem Grunde, daß sie beim Eintritte bereits Eiweiß darboten, oder erst spät in Behandlung getreten waren, betrug die Morbidität an Nephritis 53 $^0/_0$ und falls man die leichten, rasch vorübergehenden Fälle bei-

seite läßt, 37 %. Dementsprechend war auch die Mortalität in der zweiten Serie von Kranken unvergleichlich größer, als in der ersten.

K. frägt sich ob die Wirkung des Urotropins auf die antiseptische Einwirkung desselben, infolge des Freiwerdens von Formaldehyd, zurückzuführen ist, oder ob andere Einflüsse mit im Spiele sind, dies um so mehr, als von manchen die antiseptische Wirkung des Mittels geleugnet, indem nur eine geringe Menge im Körper zerlegt wird und der größte Teil die Blase unverändert verläßt. E. Toff (Braila).

Monsseaux (Vittel), Sur la pyélo-néphrite et la gravelle d'origine scarlatineuse chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Mai 1905.) Unter den renalen Komplikationen des Scharlachs bei Kindern sind zwei, welche selten zur Beobachtung gelangen, und zwar die Pyelo-nephritis und die Lithiasis urica. Bezüglich der ersteren finden sich nur wenig Andeutungen in der Literatur und nur in einem Falle von Bouloumié ist der Zusammenhang beider Krankheiten deutlich festzustellen. Die Symptome traten am 15. Tage nach Beginn der Krankheit auf und bestanden in Schmerzen beim Harnlassen, schleimig-eitrigem Harnsatze und leichtem Eiweißgehalte des Harns. Mikroskopisch fand man Eiterkörperchen und Kristalle von phosphorsaurem Ammoniak-Magnesia.

Das Anftreten von Harnsand als Komplikation des Scharlachs ist ebenfalls noch wenig beobachtet worden, obwohl die betreffenden Fälle nicht allzuselten vorkommen. Nicht immer tritt aber die Lithiasis im unmittelbaren Anschlusse an die infektiöse Krankheit auf, sondern es vergehen meist mehrere Jahre. Die mit Bezug auf die Urologie des Scharlachs gemachten Untersuchungen zeigen, daß die allgemeine Ernährung und die Harnausscheidung im Laufe dieser Krankheit eine tiefergreifende Veränderung erfahren. Während des Fieberstadiums besteht Oligurie mit Erhöhung der Azidität und außerdem Vermehrung der ausgeschiedenen Harnsäuremenge, nicht nur relativ, sondern auch absolut. In der Rekonvaleszenz geht die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure normalerweise erheblich herunter, doch kommt jetzt die erhöhte Nahrungsaufnahme, namentlich von Fleischnahrung, hinzu, um die Harnsäurebildung wieder in die Höhe zu treiben. Auch muß in diesen Fällen auf die Heredität geachtet werden, denn viele von den lithiasisch erkrankten Kindern stammen von arthritischen Eltern ab. Auch die direkte Einwirkung der Skarlatina auf die Nieren dürfte eine Rolle bei der Entwickluug der in Rede stehenden Affektion spielen, da die Untersuchungen von Ebstein, Posner und Chabrié gezeigt haben, daß epitheliale Veränderungen immer an der Basis jeder Lithiasis zu finden sind und entweder durch die Einwirkung der reizenden Salze, oder durch andere infektiöse und mechanische Ursachen hervorgerufen sind. E. Toff (Braila).

A. Bouchet, L'intoxication urémique dans le cours des néphrites scarlatineuses. (Thèse de Paris. 1904.) Die Erscheinungen urämischer Vergiftung gehören zu den schweren Komplikationen der Scharlachnephritis, dies um so mehr, als die dagegen empfohlenen Medikamente meist wenig oder gar nichts nützen. Nur das Chloral hat symptomatisch gegen die Konvulsionen irgendwelchen Wert.

Wirkliche Erfolge kann man mit der Venaesectio und Serumtransfusion oder -injektion erreichen. Man macht entweder einen leichten Aderlaß, indem man 150—400 g abfließen läßt, und gleich daran wird eine massive subkutane Serumeinspritzung (500—100 g) angeschlossen, oder man läßt, nach der Methode von Barré, ebensoviel abfließen, als man dann Serum einspritzt.

Prophylaktisch ist absolute Milchdiät durch 4—5 Wochen vom Beginne der Scharlacheruption, neben Bettruhe und Desinfektion des Rachens zu beobachten. E. Toff (Braila).

H. Eichhorst, Über die Beeinflussung chronischer Nephritiden durch akute Infektionskrankheiten. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 42.) E. hat neuerdings zwei Fälle beobachtet, bei denen eine Skarlatina Nephritiden, die schon längere Zeit bestanden und bisher therapeulisch nicht beeinflußt werden konnten, zum Verschwinden brachte. Das eine Mal handelte es sich um ein 20jähriges Mädchen, das seit $2^1/_2$ Jahren an einer chronischen Nephritis litt, das zweitemal um einen $2^1/_2$jährigen Knaben mit chronischer Schrumpfniere unbekannten Ursprungs. Beide Pat. boten, nachdem sie eine Skarlatina durchgemacht, keine Symptome der Nierenerkrankung mehr. E. glaubt allerdings nicht, daß es sich um anatomische Heilungen handelt, die klinischen aber waren vollständig. Grätzer.

Carl Stern, Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Nierenaushülsung nach Edebohls. (Mitteilg. aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie. 1905. Bd. 14.) Vorliegende Arbeit bietet einen wichtigen Beitrag zur Frage der Nierenaushülsung, die auf dem 33. Chirurgenkongreß 1904 Gegenstand eifrigster Diskussion war. Schien in Deutschland die Frage zu ungunsten der Operation entschieden zu sein, so wurden neuerdings doch wieder, besonders in Frankreich und Italien, Stimmen laut, welche die neue Methode angelegentlich empfahlen.

St.s Mitteilungen gründen sich auf Tierexperimente, wie auf Erfahrungen am Menschen. Am Kaninchen suchte er festzustellen, ob sich eine neue Kapsel bilde, ferner ob es zwischen Nierenrinde zu einer Gefäßneubildung bzw. zu einem für die Niere bedeutungsvollen Kollateralkreislauf komme. Die erste Frage kann St. nur bedingt zugeben, indem es wohl zu einer neuen Umhüllung der Niere kommt, aber nur durch ein derbes, an elastischen Fasern armes Bindegewebe, nicht zu einer dehnbaren Kapsel. Hinsichtlich des zweiten Punktes kam St. zu dem Ergebnis, daß die Gefäßneubildung oder „Gefäßanlagerung“ nur unbedeutend sei, jedenfalls nicht so erheblich, daß eine Aushülsung berechtigt sei. Dasselbe Resultat könne auch durch eine Nephroraphie erzielt werden.

St. hat die Edebohlsche Operation am Menschen 8 mal ausgeführt. An den Folgen der Operation (Narkose, Choc) ist keiner gestorben, die Dauer der Operation beträgt etwa 30 Minuten.

Zwei Pat. starben am 5. bzw. 8. Tag und zwar der eine an Urämie, der andere an Herzschwäche.

Von den übrigen 6 sind 2 am Leben, ohne durch die Operation beeinflußt zu sein, 4 starben nach Ablauf von 2—3 Monaten. Da St.

jeweils bei der Operation Probeexzisionen machte, um eventuelle Veränderungen später feststellen zu können, so sind seine Beobachtungen von besonderem Wert. In keinem Falle konnte nun bei der Sektion eine Besserung des Nierenprozesses konstatiert werden; im Gegenteil, die interstitiellen Veränderungen waren erheblich vorgeschritten. In zwei Fällen konnte er nachweisen, „daß im unmittelbaren Anschluß an die Aushülsung der Niere sich eine rapide und mikroskopisch nachweisbare Verschlimmerung interstitieller Prozesse eingestellt hat". St. ist der Ansicht, daß nach diesen Erfahrungen die Aushülsung bei interstitieller Nephritis nicht mehr in Frage kommen kann.

Dagegen hält er Eingriffe, die in ausgiebiger Freilegung der Niere, in Spaltung der Kapsel und in Fixierung der Niere durch Naht oder Tamponade bestehen, für angebracht, wenn überhaupt zum chirurgischen Eingriff Veranlassung vorliegt. Starck (Karlsruhe).

E. E. Graham, Results of Decapsulation for Nephritis in children. (Archives of Pediatrics. Sept. 1905.) Die von Edebohls empfohlene Operation der Nierenentkapselung ist bisher selten an Kindern ausgeführt worden.

Einige Fälle aus der Literatur sind vom Verf. gesammelt worden, und er knüpft daran seinen neuen Bericht sowie allgemeine Betrachtungen.

Sein eigener Fall betrifft ein Kind von 26 Monaten, welches an Scharlachnephritis litt. Alle üblichen Mittel und Maßregeln versagten und der letale Ausgang schien bevorzustehen. Nun wurde die Edebohlsche Operation ausgeführt. Rasche Besserung folgte und das Kind genas vollständig.

Aus diesem und aus andern Fällen scheint hervorzugehen, daß eine verhältnismäßig frische, nicht vernachlässigte Nephritis bei Kindern noch die besten Aussichten für operative Heilung darbietet.

Natürlich sollen die alten Methoden der Nephritistherapie nicht unversucht bleiben, ehe man sich zur Operation entschließt. Schlagen sie aber fehl, so darf man von einer Dekapsulation der Nieren Gutes erwarten. Leo Jacobi (Newyork).

O. Blum, Über palpable Nieren bei Kindern. (Aus der Poliklinik des Augusta-Hospitals in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44 a, Festnummer für Ewald.) B. untersuchte Kinder beiderlei Geschlechts im Alter von 3—15 Jahren, 106 an Zahl. 37 mal wurde Nephroptose gefunden (bei 29 Mädchen und 8 Knaben), und zwar 16 mal der rechten Niere, 21 mal beider Nieren; die linke war allein niemals fühlbar. Die palpable Niere ist also bei Kindern gar nicht selten.

Bei 11 von den 37 Kindern bestand orthotische Albuminurie, zum Teil mit sehr starker und der Behandlung lange trotzender Eiweißausscheidung. Die Frage muß aber vorläufig noch unentschieden gelassen werden, ob die Nierensenkung mit der Albuminurie in kausalem Zusammenhang steht oder beide nur zufällig nebeneinander vorkommende Befunde sind.

Bemerkenswert ist, daß Nephroptose in jugendlichem Alter relativ häufig vorkommt, zu einer Zeit, in der von den sonst als ätiologisch

angesehenen Schädlichkeiten, wie Gravidität, Schnüren, Traumen, Senkung und Erschlaffung des Beckenbodens, nicht die Rede sein kann (in obigen Fällen war auch plötzliche Abmagerung als ätiologischer Faktor auszuschließen). Nach Untersuchungen Rosengarts gleichen die Lageverhältnisse der Eingeweide beim Fötus denjenigen, wie sie bei der Splanchnoptose gefunden worden; erst mit der extrauterinen Entwicklung sollen sich Lageverhältnisse wie beim erwachsenen Normalmenschen herausbilden. Es ist somit die Frage, ob es sich bei der Nephroptose der Kinder um eine Hemmung der Entwicklung oder um eine auf angeborener Disposition — durch bisher noch unbekannte Einflüsse — sich ausbildende Anomalie handelt.

Grätzer.

Wm. Carpenter Mac Carty, Ein Fall von malignem Hypernephrom bei einem Kinde. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44a, Festnummer für Ewald.) $2\frac{1}{2}$ jähriges Kind wies bei der Sektion ein kindskopfgroßes Hypernephrom der rechten Niere auf. Bemerkenswert war das Fieber, das während des ganzen Verlaufs der Erkrankung bestand. Bemerkenswert ferner die umfangreiche Metastasenbildung im Knochensystem, vor allem im Schädeldach. Die am Kopf vorhandenen Geschwulstmetastasen, extradural gelegen, waren an mehreren Stellen durch das Schädeldach hindurchgewachsen. Vor allem war auf der linken Vorderhauptsseite ein großapfelgroßer Tumor vorhanden (8—10 cm im Durchmesser), daneben drei kleinere Knoten (2, $1\frac{1}{2}$, 2 cm). Auch in der linken Achselhöhle große Geschwulstmetastase. Der primäre Tumor war zu Anfang wenig bemerkbar, so daß der Differentialdiagnose Schwierigkeiten erwachsen konnten.

Grätzer.

J. Albarran (Paris), Tuberculose renale. Diagnostic et indications thérapeutiques. (La presse médicale. 1905. Nr. 80.) Die Nierentuberkulose ist eine meist einseitige, primäre oder sekundäre infolge einer andern tuberkulösen, wenig wichtigen Lokalisation. Sie schreitet in fataler Weise fort, zerstört die Niere und heilt in spontaner Weise nur durch Obliteration oder Schrumpfung des Ureters. Sie bildet eine immerwährende Gefahr für den Kranken, nicht nur als Herd, von welchem andere Organe tuberkulös infiziert werden können, in erster Reihe die Ureteren und die Blase, sondern weil sie einen Eiterherd darstellt und zur Vergiftung des ganzen Organismus führen kann. Die Exstirpation der kranken Niere gibt in therapeutischer Beziehung ausgezeichnete Resultate. Die persönliche Statistik des Verf.s gibt einen Todesfall auf 64 Operierte. Auch die entfernten Resultate sind gute, nachdem von denselben unter 30, die vor mehr als 2 Jahren operiert worden sind, nur zwei Tuberkulose der andern Niere darbieten, während sieben, die seit 6 und zwei die seit 10 Jahren operiert worden sind, vollkommen gesund geblieben sind. Namentlich sind es die frühzeitigen Operationen, welche gute Resultate ergeben, wenn die Blase noch nicht tuberkulös infiziert ist. Als Kontraindikationen des Eingriffes werden angeführt: doppelseitiges Auftreten der Krankheit und schlechter Allgemeinzustand des Kranken.

Unter den Frühsymptomen der Nierentuberkulose sind zu erwähnen: Erscheinungen von Blasenreizung, mit oder ohne wirkliche

Cystitis. Besteht häufiger Harnandrang und Schmerz und bleiben die Maßnahmen, die man zur Behandlung einer angenommenen Cystitis vornimmt, resultatlos, so muß dies Verdacht auf Tuberkulose erwecken. Auch die Abwesenheit von Mikroorganismen im eiterhaltigen Harne, da Tuberkelbazillen schwer mit den gewöhnlichen Färbemethoden nachweisbar sind, würde für Tuberkulose sprechen. Zeitweilige Hämaturien, Abmagerung und Nachweis Kochscher Bazillen sind weitere Symptome der in Rede stehenden Krankheit.

Um festzustellen, welche Niere erkrankt ist, muß der Ureterenkatheterismus vorgenommen werden, da die Separierung durch ein Diaphragma keine sichern Resultate gibt; einerseits kann die Teilung unvollkommen sein und andererseits können die Bazillen, welche man auffindet, von der Blase herrühren. Auch die Kryoskopie und die Methylenblauprobe sind unsicher und können zu großen Fehlern führen. Namentlich das Methylenblau kann gut eliminiert werden, trotzdem beide Nieren krank sind und selbst wenn nur eine einzige, schwer tuberkulös erkrankte Niere besteht. Auch nach Vornahme des Ureterenkatheterismus darf man mit den Ergebnissen einer Untersuchung sich nicht zufrieden geben, falls man die funktionellen Werte beider Nieren kennen lernen will, und es ist dies nur nach mehreren Untersuchungen und unter Zuhilfnahme der vom Verf. angegebenen Methode der experimentellen Polyurie, indem man die Resultate vor und nach der Verabreichung größerer Mengen Wassers vergleicht, möglich. Auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen gestützt, kann der Chirurg auf solider Basis die operative Prognose stellen und den Kranken die Gefahren unzweckmäßiger Temporisierung ersparen.

E. Toff (Braila).

E. Riegler, Eine sehr empfindliche Methode um Gallenfarbstoffe im Harn nachzuweisen. (Revista farmaciei. 1904. Nr. 3.) Verf. hat im Jahre 1899 eine sehr empfindliche Methode zum Nachweise von Gallenfarbstoffen veröffentlicht, welche sich auf die Eigenschaft des Paradiazobenzons, eine alkoholische Chloroformlösung der Gallenpigmente intensiv rot zu färben, stützt. Da aber das betreffende Reagens leicht zersetzbar und also nicht gut praktisch verwertbar ist, hat R. diesem Übelstande dadurch abgeholfen, daß selbes mit Hilfe zweier Lösungen im Bedarfsfalle jedesmal frisch hergestellt wird. Diese Lösungen sind: 1. 5 g Paranitroamidobenzon werden in 180 ccm Aq. destill. gelöst und unter Hinzufügen von 25 ccm reiner Schwefelsäure leicht geschüttelt. 2. Eine Lösung von 2,5 g Natr. nitricum in 200 ccm destillierten Wassers. Diese Lösungen sind unveränderlich und folglich sehr gut haltbar. Um die Untersuchung vorzunehmen, werden in eine Eprouvette 4—5 ccm Chloroform geschüttet und dieselbe mit Harn fast vollständig gefüllt; man mischt durch oftmaliges Umstürzen beide Flüssigkeiten gut durcheinander, läßt das Chloroform sich am Boden der Eprouvette absetzen, dekantiert den Harn vorsichtig und schüttet über das Chloroform eine gleiche Menge 96%igen Alkohols, worauf man 5—6 Tropfen von Lösung Nr. 1 und ebensoviel von Lösung Nr. 2 hinzufügt und gut durchschüttelt. Sind Gallenfarbstoffe im Harn enthalten, so erscheint das sich nun am Boden absetzende Chloroform orange oder rot gefärbt. Diese

Methode ist viel sicherer und empfindlicher als die viel benutzte Gmelinsche. E. Toff (Braila).

P. Meyer, Über die Wirkung des Allylsenföls auf Leber und Niere. (Aus dem pathol. Institut der Universität Halle a. S.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 3.) M. prüfte die Versuche Carlaus nach, der gefunden hatte, daß Allylsenföl, längere Zeit Kaninchen und Meerschweinchen injiziert, Entzündung und Zellnekrose in der Leber hervorrufen könnte. Ein positiver Ausfall der Versuche würde die Theorie über die Entstehung der Leberzirrhose stützen, die annimmt, daß die Zellnekrose das Primäre, die Bindegewebswucherung das Sekundäre ist; er würde ferner zeigen, daß die fortgesetzte Zufuhr von Gewürzen imstande ist, schließlich eine Leberzirrhose zu erzeugen. Es wurde nun während längerer Zeit einem Meerschweinchen in 37 Tagen 74 mg, einem anderen in 94 Tagen 404 mg Senföl subkutan injiziert. Das Resultat war aber ein negatives, indem sich keine Nekrose oder Entzündung, sondern nur eine geringe trübe Schwellung der Leber und Nierenzellen fand. Bennecke (Marburg).

Cesare Cattaneo, Zirrhose infolge kongenitaler Obliteration der Gallenwege. (La Pediatria. VIII. 1904.) Das Krankheitsbild bei dem $3^1/_2$ Monate alten Kinde war folgendes: Stets farblose Stühle, Vergrößerung und Härte der Leber, dabei Fehlen von Ascites; seit Geburt an Ikterus. Die Diagnose auf kongenitalen Verschluß der Gallengänge wurde durch die Autopsie des an demselben Tage zum Exitus gekommenen Patienten bestätigt. Man fand die Leber ziemlich klein, von grünlicher Farbe, mit granulierender Oberfläche; Proliferation des Bindegewebes, Fehlen der Gallenblase. Es besteht ein einziger Gang, der bis zur Vaterschen Papille reicht, aber von seiner Hälfte bis zum Duodenum zu einem fibrösen Strang reduziert ist; die Mündung in der Papille fehlt. Histologisch fanden sich die gewöhnlichen Veränderungen der Cirrhosis hypertrophica. F.

R. Milchner, Alkoholische Leberzirrhose beim 8jährigen Kinde. Die Chancen der Talmaschen Operation. (Aus der mediz. Poliklinik der Universität Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Dezember 1904.) Da bei der kleinen Patientin trotz aller angewandten Mittel der Ascites sich schnell erneuerte, wurde nach Talma operiert. 14 Tage später aber trat Exitus letalis ein, nachdem vorher deutlich eine Venenerweiterung an Brust und Bauchhaut sichtbar geworden war.

Die Sektion wurde verweigert, es konnte also nicht positiv nachgewiesen werden, ob der Beginn einer Heilung sich angebahnt hatte. Es deutete allerdings das Caput medusae darauf hin, das von Talma als Grundbedingung für den Erfolg angesehen wird. Eine Ablenkung des Pfortaderkreislaufes auf dem Wege der Ven. epigastric. superf. war hier trotz sehr dünner Netzvenen zustande gekommen. Es lagen hier die anatomischen Verhältnisse ganz besonders ungünstig. Das auffallendste Merkmal des Operationsfeldes bot das absolute Fehlen jeglicher Erweiterungen und vermehrter Spannung der Venen im

Omentum. Selbst in verzweifelten Fällen scheint die Operation noch Erfolg haben zu können.

Im übrigen läßt sich aus dem Falle noch folgender Schluß ziehen: Der Ascites bei Leberzirrhose ist nicht absolut als Stauung infolge Überlastung des Portalkreislaufes aufzufassen. Grätzer.

Liefmann, Zur Kenntnis der Frühstadien der akuten gelben Leberatrophie. (Zentralblatt f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 16. Nr. 12.) Im Anschluß an eine Peritonitis (Gangrän des Wurmfortsatzes) entwickelte sich bei einer 27jährigen Patientin eine akute gelbe Leberatrophie, die in einem frühen Stadium zur Sektion kam. Makroskopisch bot die Leber das typische Bild, und zwar fanden sich stärker und schwächer entwickelte Herde nebeneinander. Die Untersuchung wurde an frischen und fixierten Präparaten vorgenommen, von denen besonders die erstere interessante Resultate lieferte. Es ließ sich nachweisen, daß sich die weniger schwer veränderten Leberpartien, bei denen es sich um hochgradige Verfettung mit geringem Zerfall von Leberzellen handelt, durch aseptische Autolyse in die schwer veränderten, fast nur aus zerfallenen Leberzellen bestehenden überführen lassen. Den Beweis hierfür liefert das Auftreten von Myelin und der Kernzerfall, die nur in den schwerer veränderten Partien und den der Autolyse unterworfenen Gewebsstückchen aus den leichter veränderten Abschnitten in größerer Menge nachweisbar sind. Der erhobene Befund entspricht nahezu vollkommen dem einer Phosphorleber. Es lassen sich demnach wenigstens zwei verschiedene Typen von akuter gelber Leberatrophie aufstellen.

Bennecke (Marburg).

B. Simonini, Urologische Untersuchungen in einem Fall von akuter gelber Leberatrophie beim Kinde. (Rivista di Clinica Pediatrica. IV. 1904.) Die Ergebnisse der vom Verf. im vorliegenden Fall angestellten Stoffwechseluntersuchungen lassen sich nicht in Form eines Referates wiedergeben. F.

Elena Manicatide und **P. Galaschescu** (Bukarest), Hydatidenzyste der Leber und der rechten Lungenspitze. (Spitalul. 1905. Nr. 7.) Der Fall bot insofern besonders Interesse dar, als sich zwei relativ seltene Lokalisationen des Echinococcus in der Leber und der Lungenspitze, an ein und demselben Individuum vereinigt vorfanden.

Es handelte sich um ein $12\frac{1}{2}$jähriges Mädchen, welches seit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren erkrankt war. Zunächst zeigte sich eine Geschwulst im rechten Hypochondrium, welche sich allmählich vergrößerte und ein Gefühl von Schwere und Schmerzhaftigkeit dieser Gegend bewirkte. Nach etwa einem Jahre begann trockener Husten und zeitweilige Expektorierung von etwas schaumigem Blute. Während dieser Zeit wurde auch ein etwa 3 cm langes, gelbliches, dünnes Häutchen ausgehustet.

Es bestand allgemeine Schwäche und große Blässe; kein Fieber. Puls 120.

Die Untersuchung der Brust zeigte die rechte Unterschlüsselbein-

grube etwas vorgewölbt, ferner sowohl vorn bis unter die Brustwarze, als auch rückwärts bis zur Spitze des Schulterblattes gedämpfter Perkussionsschall und bronchiales Atmen, im übrigen normale Lungenverhältnisse.

Die Punktion beider Tumoren ergab eine klare Flüssigkeit, in welcher Skolices gefunden wurden. Die Operation konnte, wegen Weigerns der Familie nicht ausgeführt werden. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 14. Dezember 1905.

Originalreferat.

Hochsinger demonstriert ein 6monatliches Kind mit **angeborenem Herzfehler (Morbus caerulens)**. Die Herzdämpfung erscheint nach beiden Seiten deutlich verbreitert. Bei Ruhe des Kindes hört man kein Geräusch, bei Aufregung (Schreien) ein schwaches systolisches Geräusch im 2. und 3. Interkostalraum. Dabei besteht Zyanose der Lippen, der Nase und Nägel, sowie Auftreibung der Endphalangen der Finger. H. bespricht differentialdiagnostisch die Möglichkeit des Bestehens einer Pulmonalstenose mit großem Septumdefekt oder einer Transposition der großen Gefäße und nimmt eher die erste Diagnose für richtig an. Auf Digitalis trat rasche Besserung ein.

Escherich weist in der Diskussion auf eine dritte Möglichkeit hin. Es könnte sich einfach um ein offenes Foramen ovale handeln.

Escherich zeigt ein Präparat von **Hirschsprungscher Krankheit (Megakolon)**. Die Symptome der Erkrankung setzten schon bei der Geburt ein. Das Mekonium mußte künstlich entfernt werden. Das Kind erbrach auch das Mekonium. In den ersten Lebenstagen hartnäckige Obstipation. Stuhl konnte nur durch Klysma erzielt werden. Unter Ernährung an der Mutterbrust nahm anfangs der Bauchumfang rasch zu, die Obstipation hielt an. Nach einiger Zeit jedoch trat Besserung ein, der Bauch wurde kleiner, der Stuhl war weniger obstipiert. Im Alter von 3 Monaten Entwöhnung. Danach rasche Verschlechterung, fortwährendes Erbrechen, 6—7 Tage kein Stuhl, mächtige Zunahme des Bauchumfanges, starke Abmagerung. Nach 14 Tagen Tod an Inanition.

Bei der Sektion ergab sich ein abnorm kleiner Magen, starke Erweiterung des Colon transversum und der Flexura sigmoidea. E. läßt die Frage unentschieden, ob die Erkrankung immer angeboren oder auch erworben auftreten kann und erinnert an einen von ihm beobachteten zweiten Fall von Megakolon bei einem 3jährigen Knaben, bei dem die oben erwähnten typischen Symptome am Ende des ersten Lebensjahres eingesetzt hatten. Nach 4monatlicher Behandlung (hohe Irrigationen, Bauchdeckenmassage, Elektrisieren der Bauchmuskulatur, Bandagen) wesentliche Besserung. Nach Entlassung in 14 Tagen Rezidiv. Es wurden die erweiterten Darmschlingen reseziert. Pat. starb jedoch bald darauf.

Escherich demonstriert weiter einen mehrwöchentlichen Säugling mit abnorm kurzen Extremitäten bei langem Stamm. Die Epiphysen zeigen im Röntgenbilde pilzförmige Auftreibungen, die auch tastbar sind. E. stellt die Diagnose auf **Chondrodystrophie**.

Rach demonstriert einen **zystischen Tumor der Hirnbasis, ausgehend von den epithelialen Resten des Hypophysenganges**. Mikroskopisch ergab sich der Befund eines **Plattenepithelkarzinoms**. Das Kind, ein 5jähriges Mädchen, zeigte 4 Monate ante

exitum zum ersten Male Hirndruck. Symptome: Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerzen. Pat. war auch einigemal bewußtlos zusammengestürzt. Diese Symptome traten im weiteren Verlaufe wiederholt in Erscheinung.

Spieler demonstriert ein 12jähriges hereditär luetisches Mädchen mit **Osteoperiostitis luetica der rechten Tibia** und der Knochen des linken Ellenbogengelenkes.

Vor 4 Jahren trat eine schmerzhafte Anschwellung des rechten Unterschenkels auf, besonders nachts starke Schmerzen. Seit 2 Jahren besteht die Verdickung der das Ellbogengelenke konstituierenden Knochen mit Hemmung der Streckfähigkeit. Nunmehr erscheint die rechte Tibia nicht nur verdickt, sondern auch um 4 $^1/_2$ cm länger als die linke Tibia, die Fibula rechts ist verdickt, aber nicht verlängert. Der rechte Fuß daher in starker Valgusstellung.

Pat. weist auch sonst Zeichen von Lues auf (Narben an den Lippen, Hutchinsonsche Zähne, links eine erbsengroße Kubitaldrüse). Sp. erinnert an die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der Pagetschen Erkrankung.

Hochsinger zeigt ein 5monatliches hereditär luetisches Kind **mit diffuser interstitieller Glossitis luetica.** Die Zunge ist groß, dunkel und zyanotisch, das vordere Drittel weich, am Übergange in das infiltrierte mittlere Drittel sieht man eine Terrasse. Der ganze Zungenkörper ist verdickt, verbreitert. Das Kind zeigt noch als Symptome der Lues condylomata ad anum, Reste einer diffusen Hautinfiltration an der Planta pedis.

Münz zeigt Kulturen von aus Stuhl und Harn eines an Cystitis erkrankten Mädchens gezüchteten Kolistämmen, die gewisse Differenzen gegenüber dem gewöhnlichen Koli aufweisen (z. B. geringere Säurebildung).

Swoboda demonstriert die Leiche eines 2 $^1/_2$ Monate alten Kindes mit angeborenem Myxödem, während des Lebens typische Symptome.

An die Demonstrationen schloß sich ein Diskussionsvortrag zum Thema der Säuglingsfürsorge (siehe vorherg. Sitzung Vortrag Escherich).

Weiß sprach in demselben über die **Einrichtungen und Erfolge der Säuglingsfürsorgestelle** in einem Arbeiterbezirke Wiens (Favoriten), die vom Vereine „Säuglingsmilchverteilung" erhalten wird. Dieselbe verfolgt ähnliche Ziele wie der Verein „Säuglingsschutz".

Die Erfolge sind recht befriedigende. Weiß will die Frage der Säuglingsfürsorge auf breiter Basis unter Mitwirkung der praktischen Ärzte, namentlich der Armenärzte lösen, die das Recht haben sollen, arme Kinder der Schutzstelle zuzuweisen. Dieses Prinzip ist auch in der von ihm geleiteten Anstalt durchgeführt.

Die Förderung der natürlichen (Brust-) Ernährung will W. durch Gründung von Milchkassen erzielen. Jede Frau kann in einem beliebigen Monate der ärztlich festgestellten Schwangerschaft Mitglied der Milchkasse werden. Die wöchentlichen Beiträge werden je näher dem Ende der Gravidität um so höher (erster Schwangerschaftsmonat wöchentlich durch je 38 Wochen K 0,39, K 3,75 durch je 4 Wochen im neunten Monate der Gravidität). Die Mutter sichert sich dadurch im Falle der durchzuführenden Brusternährung eine Stillprämie im Betrage von K 20 bis K 50. Im Falle der Stillungsunmöglichkeit erhält die Mutter durch 6 Monate vollständig unentgeltlich die vollständige Säuglingsernährung in Einzelportionen vom Vereine. B. Schick (Wien).

Holländische Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom November 1904.

(Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 1002.)

de Bruin (Amsterdam) demonstriert: 1. Einen Fall von **Mikrocephalie** kombiniert mit **Diplegia spastica infantilis.** 2. Einen Fall von **Diplegia spastica infantilis.** 3. Einen Fall von **Mongoloider Idiotie.** 4. Einen Fall von **Exophthalmus pulsans.** Ein Knabe von 16 Monaten mit Exophthalmus, in starkem Grade rechts, in leichterem Grade links. Der rechte Bulbus pulsiert, der linke nicht. Die Ätiologie beruht in diesem Falle wahrscheinlich auf einer überstandenen Tussis convulsiva. Das Leiden ist bei Kindern sehr selten.



Graanboom (Amsterdam) berichtet über einen Fall von **Hirschsprungscher Krankheit** (schon referiert). Demonstrationen: 1. Ein Fall von **Spasmus nutans.** 2. Ein Fall von **Hanotscher Leberzirrhose.** Fälle dieser Art sind im Kindesalter selten. Charakteristisch für diese Krankheit in diesem Alter ist nach Gilbert und Fournier, daß die Milz relativ sehr stark vergrößert ist (Cirrhose biliaire hypersplenomegalique). In G.s Fall, bei einem Mädchen von 10 Jahren, war aber die Milz nicht vergrößert, so daß der Fall zu der sehr seltenen Cirrhose biliaire microsplenique gehört. 3. Ein vieljährig beobachteter Fall von **sporadischem Cretenismus.** Der Knabe wird von G. seit dem dritten Lebensjahre behandelt. Im sechsten Lebensjahre wurde die Krankheit erkannt als sporadischer Cretenismus und mit Pulvis glandulae thyroideae wurde ein günstiger Erfolg erzielt. Die Medizin wird bis jetzt noch immer fortgebraucht (in den letzten Jahren 1—2 mal täglich 25 mg), weil G. und auch die Eltern den Eindruck bekommen hatten, daß ein zeitweiliger Nachlaß direkt einen ungünstigen Einfluß habe. Der 16jährige Knabe ist jetzt noch körperlich und geistig etwas zurückgeblieben. 4. Ein Fall von großer **bronchiektatischer Kaverne** mit Radiogramm kontrolliert bei einem Knaben von 13 Jahren. Die Höhle ist nicht gut abgegrenzt und G. meint, deshalb sei Pneumotomie nicht indiziert.

Heyer (Njmegen) berichtet über einen Fall von **Morbilli mit Hautemphysem.**

Haverschmidt (Utrecht) berichtet über seine Erfahrungen bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge im Kinderkrankenhause Utrechts. Bei den meisten zeigte sich eine Kalorienzahl von 93—118 pro Kilo Körpergewicht als genügend. Ebenso wie Biedert, Escherich und Selter, konnte H. in vielen Fällen durch die methodische Untersuchung der Fäzes den richtigen Weg finden für die diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen.

Timmer (Amsterdam): Vortrag über die Anatomie und die Therapie der **Hernia funiculi umbilicalis.** Man muß unterscheiden die embryonale und die fötale Form. In zwei Fällen wurde von T. mit exspektativer Behandlung die radikale Heilung erreicht. Demonstrationen: 1. Ein Fall von **Atresia ani vulvaris.** 2. Ein Fall von **Ectopia vesicae** bei einem Mädchen. 3. Ein Fall von **Rachitis tarda.** 4. Ein Fall von **Pes calcaneus paralyticus.**

Sitzung vom April 1905.

Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. Bd. II. S. 544.

Haverschmidt (Utrecht) berichtet über: 1. **Chronischen Darmkatarrh der jungen Kinder.** Aus klinischen Beobachtungen an einigen Fällen von chronischem Katarrh und dyspeptischem Durchfall von jungen Kindern geht folgendes hervor. Die Grundlage einer rationellen diätetischen Behandlung soll auch hier, ebenso wie es Biedert für das Säuglingsalter angegeben hat, die Untersuchung der Fäzes sein. In dem überwiegenden Teil der Fälle ergab diese Untersuchung, daß es sich um Eiweißfäulnis, in seltenen Fällen nur um Kohlenhydratinsuffizienz handelte. In der Regel gelang es, unter Kontrolle der Fäzes, die Heilung herbeizuführen mit einer Diät, zusammengesetzt aus einer Mischung von verschiedenen Nahrungsmitteln, und zwar in einfacher Form: Eiern, Fleisch, Milch, Buttermilch, Kindermehle, Fette. So wurde bei einem Knaben von 5 Jahren in 8 Wochen dauernde Heilung und eine Gewichtsvermehrung von 1200 g erzielt. Der Knabe bekam anfänglich 1000 ccm Milch, 400 g Brot und 40 g Fleisch. Als sich nun Fäzes von stinkend-fäkalem Geruch präsentierten, wurde erst das Fleisch nachgelassen und später die Milch für einen Teil durch Buttermilch ersetzt. Am Ende wurde eine Diät, zusammengesetzt aus Buttermilch, Milch, Eiern, Brot, Nestlemehl, Zucker und Fetten (Oleum jecor. aselli) gut digeriert. Die Reaktion der Fäzes, die anfänglich stark alkalisch war, wurde sauer, sobald 75 g Zucker gegeben wurden und alsdann ergab das Filtrat mit Uffelmans Reagens einen positiven Befund. Wurde der Zucker ersetzt durch Nestlemehl, dann änderte sich diese Reaktion in eine neutrale, und sobald, statt diesen beiden, neben dem Eiweiß auch Fett gegeben wurde, wurde die Reaktion schwach alkalisch.

2. **Habituelles und zyklisches Erbrechen.** H. hält auf Grund seiner Beobachtungen an drei Fällen bei Säuglingen von 3—6 Monaten das Leiden für eine Neurose, die für jeden Fall eine individualisierende Behandlung erheischt. Die vereinzelten Fälle von zyklischem Erbrechen der Säuglinge, die H. beobachtete, betrafen alle Kinder, die auch im späteren Kindesalter Erscheinungen von Neuropathie darboten und die alle schwer hereditär belastet waren.

van der Hoeven (Rotterdam) berichtet über **Fraktur im Ellbogengelenk.** Nach der Reposition wurde so stark wie möglich im Ellbogengelenk flektiert und ein einfacher Heftpflasterverband angelegt, etwa im Sinne des Sayreschen Heftpflasterverbandes bei Schlüsselbeinfraktur. In diesem immobilisierenden Verbande wurden nun täglich Extensionsbewegungen an dem Arme gemacht.

van der Heide (Arnhem) berichtet **über den Einfluß des sozialen Wohlstandes und der Wohnung auf die Säuglingsmortalität.**

Aus den statistischen Untersuchungen dieser Mortalität in Arnhem ergibt sich, ebenso wie das schon von anderen konstatiert wurde, daß diese abhängig ist von dem sozialen Wohlstand und den Wohnungsverhältnissen. So war 1904 die Mortalität in einem Proletarierviertel 18 % und in einem Viertel, bewohnt durch nur Wohlhabende, 5 %. Die Bedeutung der Wohnung war besonders ersichtlich in einem nur durch Arbeiter bewohnten Viertel, wo die Mortalität 8,5 % war in den hygienisch gut gebauten Wohnungen, während sie 16,5 % erreichte in den schlecht gebauten Wohnungen derselben Arbeiterbevölkerung.

de Bruin (Amsterdam) berichtet über: 1. **Buttermilch und Morb. Barlowii.** B. hat in drei Fällen von Ernährung mit Buttermilch die Barlowsche Krankheit konstatiert. Diese verlief unter dem Bilde der „forme fruste“, d. h. es fand sich nur hämorrhagische Nephritis (mit Zylindern). B. ließ schon seit mehreren Jahren allen von ihm künstlich ernährten Säuglingen (auch bei Buttermilch) schon vom sechsten Monate an 3 mal täglich 5—15 Tropfen Früchtesaft (Zitronen- und Apfelsinensaft) darreichen und er sah nie einen Fall von Morb. Barlowii bei seiner eigenen Praxis.

2. **Tetanie und Spasmus glottidis.** Während B. früher niemals diese Erscheinungen sah, konnte er dagegen in den letzten 4 Jahren 15 Fälle beobachten.

Scheltema (Groningen): **Korrektion von pädiatrisch-statistischem Material.**

Milo (Haag): 1. **Demonstration eines neuen Redressor-Osteoklast.**

2. **Demonstration eines Fußsohlspiegel- und Meßapparates.** In einem großen Kasten, überdeckt durch eine Glasplatte, auf welchen sich der Patient hinstellt, befindet sich ein Spiegel diagonal im Kasten angebracht. Der Untersucher steht vor dem Kasten, sieht in dem Spiegel den Grad des Plattfußes und kann die Valgität ablesen.

Graanboom (Amsterdam).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Die **Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** in Berlin, welche nunmehr auf ein 1 ½ jähriges Bestehen zurückblickt, hielt vor einigen Tagen ihre erste Vorstandssitzung in diesem Quartal ab. In der Zusammensetzung des Vorstandes hatten sich seit dessen letzter Sitzung mehrfache Veränderungen vollzogen. Einen schweren, tief beklagten Verlust hatte der Vorstand durch das Hinscheiden des hochverdienten und hochgeschätzten Geh. Ober-Med.-Rates, Generalarztes Prof. Dr. Schaper erlitten. Außerdem waren aus dem Vorstande die Herren Dr. med. C. S. Engel und Obertierarzt Bongert ausgetreten. Für die Ausgeschiedenen sind neu in den Vorstand eingetreten die Herren Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich (vortragender Rat im Kultusministerium) und Dr. med. P. Reyher, Assistent an der Universitätskinderklinik der Kgl. Charité. In der genannten Sitzung beschäftigte sich der Vorstand nach einem Bericht der Vorsitzenden, Frl. B. von Ravenstein, über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Sommersemester hauptsächlich mit der Festlegung und Ausgestaltung des zukünftigen Arbeitsplanes der Gesellschaft. Es machte sich das Verlangen nach einer Änderung der bisherigen Tätigkeit insofern geltend, als man fortan bei den anerkennenswerten Bestrebungen der Gesellschaft das Hauptgewicht auf die Förderung der idealsten Ernährung, d. h. der Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust, zu legen gewillt war. In der Erkenntnis, daß durch die Zunahme der natürlichen Ernährung, die dem Säugling nicht nur als ein gutes Recht zukommt, sondern ihm auch wie keine andere Ernährung eine gedeihliche Entwicklung sichert, am wirksamsten der Zweck der Gesellschaft erreicht wird, nämlich die bei uns erschreckend hohe Säuglingssterblichkeit auf das mögliche Minimum herabzumindern, beschloß der Vorstand, mit allen verfügbaren Mitteln

zur Hebung der natürlichen Ernährung beizutragen. Er hofft diesen Hauptzweck durch weitgehende Belehrungen über die außerordentlichen Vorzüge der natürlichen Ernährung vor der künstlichen sowie durch materielle Unterstützungen solcher Mütter zu erreichen, welche aus Not nicht in der Lage sind, ihr Kind zu stillen, sich aber bei einer entsprechenden Linderung derselben dazu bereit erklären. Die Unterstützung soll in Gestalt von Stillprämien dargeboten werden. Mütter, welche die obigen Bedingungen erfüllen, können sich an den Wochentagen zwischen 12 und 1 Uhr im Bureau der Gesellschaft, Berlin W., Frobenstraße 26 I, melden.

Daneben will der Vorstand auch auf dem bisher schon beschrittenen Wege, auf die Beschaffung einer allen hygienischen Anforderungen entsprechenden Kuhmilch hinzuwirken, weitergehen.

Alle Freunde dieses Unternehmens, welches nicht allein Pflichten der Wohltätigkeit ausübt, sondern auch nationale Aufgaben erfüllt, insofern als es auf die Erhaltung eines kräftigen gesunden Volksstammes hinwirkt, werden gebeten, an diesem edlen Werke mitzuwirken. (Allgem. mediz. Zentral-Ztg.)

— In der Stadtverordnetenversammlung wurde am 7. Dezember ein Antrag Arons und Genossen auf Errichtung von **Waldschulen für schwächliche Kinder** nach dem Muster von Charlottenburg abgelehnt, dagegen folgender Antrag Sachs angenommen: „Die Versammlung ersucht den Magistrat, in Erwägung zu ziehen, ob nicht auf dem städtischen Waldgelände eine größere Walderholungsstätte, ähnlich wie die Heimstätte für Genesende, für kranke und schwächliche Kinder geschaffen werden könnte, in welcher dieselben längere Zeit verbleiben und daselbst auch noch Unterricht bei ärztlicher Aufsicht genießen."

— Der vor kurzem von Arthur Hartmann erstattete Bericht über die Tätigkeit der **Berliner Schulärzte** im Jahre 1904/05 enthält eine große Fülle interessanten Materials und wird ohne Zweifel zum Ausgangspunkt weiterer Entwicklung auf diesem Gebiete dienen. Er beginnt zunächst mit der Konstatierung einer wenig erfreulichen Tatsache; in keiner Stadt des Deutschen Reiches sind einem Schularzt so viel Klassen unterstellt wie in Berlin; während in Aachen auf 30, in Frankfurt a. M. auf 32, in Magdeburg auf 18, in Hannover schon auf 12 Klassen ein Schularzt entfällt, hat ein solcher bei uns die Fürsorge über 127 Klassen. Man ersieht bereits hieraus, daß in Berlin ganz andere, geringere Anforderungen gestellt werden wie anderswo — es handelt sich hier nur um gesundheitlich minderwertige Kinder, auch bei der Einschulung keineswegs um sämtliche Schulrekruten, sondern lediglich um solche, die bereits dem Rektor oder Schulkommissionsvorsteher als gesundheitlich zweifelhaft erschienen; die übrigen Kinder kommen erst innerhalb der ersten 6 Wochen des Schulhalbjahres zur Untersuchung, was die unangenehme Folge haben kann, daß bereits eingeschulte Kinder wieder zurückgestellt werden. Die Schulärzte haben sich daher bereit erklärt, möglichst alle Kinder einer vorherigen Untersuchung zu unterwerfen, was freilich bei einer auf 8—9 Schulen ausgedehnten Tätigkeit nur schwer durchführbar ist: eine Vermehrung der Schularztstellen ist nicht zu umgehen! Auf jeden Arzt kamen im Berichtjahre nicht weniger als 960 Untersuchungen. Zurückgestellt wurden von 3mal 562 Schülern 2927 = 8,5 % (gegen 12,3 und 9,7 % in den Vorjahren); in schulärztliche Überwachung wurden genommen 70mal 1 = 20,4 %. Für die Nebenklassen wurden 702 Kinder untersucht, für die Stottererkurse 320. Diese wenigen Zahlen lassen bereits den Umfang und den hohen Wert der schulärztlichen Tätigkeit erkennen.

Ein weiterer Zweig dieser Tätigkeit ist die Begutachtung der hygienischen Einrichtungen — Zimmer, Bänke, Ventilation, Beleuchtung, Klosettanlage. Auch über den Einfluß gewerblicher Beschäftigung sowie des Alkoholmißbrauches (in einer Schule nahmen 31,9 % der Mädchen, 34,4 % der Knaben täglich Bier, 1,8 % der Mädchen, 4,0 % der Knaben täglich Schnaps zu sich!!) sind Berichte gegeben, ebenso von der wichtigen Bekämpfung der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose. Desgleichen liegen wertvolle Mitteilungen über die Erkrankungen der Augen, Ohren, der Haut, des Rückgrats, der Nerven (von San.-Rat Dr. Paul Meyer) vor — letzterer Bericht weist namentlich die Entwicklung der Nervenkrankheiten während der Schulzeit deutlich nach. — Hartmann stellt die Forderung auf, daß höchstens sechs Schulen einem Arzt zuerteilt werden sollen; ein Antrag der Stadtverordneten Dr. Arons und Gen. will diese Zahl sogar auf

zwei beschränkt wissen. Jedenfalls spricht der sehr dankenswerte Bericht deutlich für die Notwendigkeit der Vermehrung; ist schon jetzt der Segen dieser Institution unverkennbar, so darf man unbedingt von der weiteren Entwicklung noch erheblichen Nutzen erwarten. Herrn Hartmann gebührt für seine erfolgreiche Tätigkeit auf diesem Gebiete die lebhafteste Anerkennung!

(Berliner klin. Wochenschrift.)

— Dr. Salge, Oberarzt an der Kinderklinik der Charité hat sich an hiesiger Universität habilitiert.

Elberfeld. Die Stadtverwaltung beabsichtigt, zum 1. August 1906 zur **ärztlichen Überwachung der Schulkinder** außer den bisherigen neun Ärzten noch weitere neun Schulärzte und je drei Spezialisten für Augen-, Nasen- und Ohrenkrankheiten anzustellen.

Göttingen. Die Stadtvertretung hat die Mittel für die **Errichtung einer Tuberkulosefürsorgestelle** bewilligt. Die Universität stützt das Unternehmen dadurch, daß in der medizinischen Poliklinik eine besondere Station für an Brustleiden Erkrankte eingerichtet wird. Eigens für die Fürsorgestelle sollen Krankenschwestern angestellt werden, welche die Beziehungen mit tuberkuloseverdächtigen Familien zu pflegen haben. Für die **Begründung eines Kinderhorts** stellte ein ungenannter Wohltäter der Stadtverwaltung 3000 Mk. zur Verfügung.

Leipzig. Der Ärztliche Bezirksverein Leipzig (Stadt) hat die Frage, ob ein **Schularzt** auf Verlangen des Schulvorstandes verpflichtet sei, einem Lehrer ein sein Urlaubsgesuch begründendes ärztliches Attest auszustellen, verneint.

Geschlecht und Gesellschaft. Unter dem Titel „Geschlecht und Gesellschaft" beginnt demnächst im Verlage der Schönheit (Berlin) eine neue, von Karl Vanselow herausgegebene Zeitschrift zu erscheinen, welche unter Mitarbeit der angesehensten Autoritäten den geistigen Mittelpunkt für alle Bestrebungen bilden soll, die zur Klärung und Läuterung der sittlichen Begriffe, zur Aufklärung und Belehrung über das Geschlechtsleben und alle mit ihm in Verbindung stehenden Gebiete in irgend einer Weise beitragen können. Immer mehr kommen die gebildeten Kreise unseres Volkes zu der Überzeugung, daß die bisherige Prüderie und Verschleierung der natürlichen Tatsachen des Geschlechtslebens in keiner Weise geeignet ist, gesunde sittliche Verhältnisse herbeizuführen, daß vielmehr die Unwissenheit in geschlechtlichen Fragen mit den schwersten gesundheitlichen und sittlichen Gefahren verbunden ist und der sinnliche Reiz des Geschlechtlichen durch die unnatürliche Heimlichkeit nur zu krankhafter Höhe gesteigert wird. Seit Jahren bemühen sich einsichtige Eltern und Pädagogen, in den Unterrichtsplan der Schulen und in die häusliche Erziehung eine offene Belehrung über das Geschlechtsleben einzufügen, und auch die kirchlichen Kreise lassen mehr und mehr ihre Bedenken gegen die Aufklärungsbestrebungen fallen, weil sie einsehen, daß die heimliche Aufklärung aus verbotenen und unsauberen Quellen unendlich gefährlicher ist. Auf dem Sittlichkeitskongreß in Magdeburg betonte der Generalsekretär der deutschen Sittlichkeitsvereine, Pastor Lic. Bohn (Plötzensee), man solle in Haus und Schule das unheimliche Schweigen über die sexuellen Fragen brechen. Wie aber sollen die Erwachsenen zu den Kindern reden, wenn sie selbst in völliger Unkenntnis erzogen sind? Die neue Zeitschrift stellt sich die Aufgabe, eine harmonisch vielseitige Bildung in allen geschlechtlichen Fragen ohne Prüderie, aber mit sittlichem Ernst in streng vorurteilsfreier und parteiloser Weise zu vermitteln. Mit „Geschlecht und Gesellschaft" wird in einem Beiblatt „Sexualreform" das Organ der „Vereinigung für Sexualreform" verbunden sein, welcher hervorragende Künstler und Gelehrte, Ärzte und Juristen angehören, die zum Teil in einflußreichen, öffentlichen Stellungen sind, wo sie die Notwendigkeit einer Besserung auf dem Gebiete der geschlechtlichen Gesellung und Gesittung klar erkannt haben. Dadurch wird den Lesern die Möglichkeit geboten, in schriftlicher und mündlicher Aussprache mit Fachmännern und gebildeten Fra uenihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zu besprechen. — Die neue Zeitschrift erscheint monatlich im Umfange von ca. 100 Seiten in sehr vornehmer Ausstattung. Die Bezugsgebühr beträgt halbjährlich 4,50 Mk., der Preis einzelner Hefte 80 Pf.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Euchinin
entbittertes Chinin.

Fortoin
Antidiarrhoicum.

Dymal
antisept. Wundstreupulver.

Chinin-Perlen.

Zimmer's Chinin-Chokolade
in Tabletten.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung.

Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co.
Frankfurt a. M.



Acidol

Wohlschmeckender Ersatz für Salzsäure, in fester Form. 1 Pastille à $^1/_2$ g Acidol = 4—5 Tropfen Acid. hydrochlor. pur. = 10 Tropfen Acid. hydrochlor. dilut. Dosis: 1—2 Pastillen in Wasser gelöst mehrmals täglich nach den Mahlzeiten. Röhrchen à 10 Pastillen à $^1/_2$ g Acidol. Kartons à 50 Pastillen à $^1/_2$ g Acidol.

Bromlecithin „Agfa"

Ein in seiner Wirkung erheblich verstärktes Lecithin. Ersatz für Eisenpräparate bei Blutarmut. Dosis: 3mal täglich 2 Pillen. Gläser à 50 und 100 Pillen à 0,1 Gramm Bromlecithin.

Muster und Literatur auf Wunsch.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation
Pharmac. Abtg. Berlin S.O. 36.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Marburg), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. FRICKE (Göttingen), Dr. W. GABEL (Lemberg), Dr. GERMAN (Göttingen), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. LOHMANN (München), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WENTZEL (Zittau), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
prakt. Arzt in Sprottau.

XI. Jahrgang. **März 1906.** **Nr. 3.**

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Therapeutische Notizen.

V. Neue Bücher.

IV. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. März 1906. No. 3.

I. Originalbeiträge.

Aus der Prof. Dr. Vulpiusschen orthopädisch-chirurgischen Klinik in Heidelberg.

Über die Behandlung rachitischer Verkrümmungen.

Von

Prof. Dr. **Oscar Vulpius.**

(Nach einem klinischen Vortrag.)

M. H.! Wir haben bei Besprechung der Ätiologie gesehen, welche wichtige Rolle die Rachitis in der Genese der Deformitäten spielt. Und dies nicht nur bei Kindern — müssen wir doch auch bei vielen Verkrümmungen Adoleszenter die Möglichkeit erwägen, daß eine früher durchgemachte Rachitis auch für spätere Zeit im Skelett eine Prädisposition zur Deformierung zurückgelassen hat.

Aus diesem Grunde müssen unsere prophylaktischen Bemühungen hinsichtlich der Deformitätenverhütung sich auf einen längeren Zeitraum als nur den Ablauf der floriden Rachitis erstrecken, wenn gleich dieses Stadium natürlich unsere größte Aufmerksamkeit erfordert. Eine richtige Prophylaxe aber setzt die Kenntnis vom Zustandekommen der rachitischen Verkrümmung voraus.

In erster Linie steht da natürlich das Mißverhältnis zwischen Beanspruchung des Knochens und seiner Widerstandskraft bzw. Tragfähigkeit.

Der abnorm plastische Knochen ist schon der normalen Belastung nicht gewachsen, er biegt sich. Daß hiermit nicht alle Deformitäten erklärt sind, liegt auf der Hand. Wie entsteht die Verkrümmung an der oberen Extremität, wie am Bein, das noch nie zum Stehen und Gehen benutzt wurde? Hier müssen wir an die Wirkung des Muskelzuges denken. Allerdings leiden unter der Rachitis bekanntlich auch die Muskeln, welche welk und schlaff erscheinen. Sind einzelne Muskeln stärker atrophisch, so überwiegt der Antagonistenzug und krümmt den Knochen. Die Verbiegungsrichtung weist bei den rachitischen Deformitäten meist auf eine Präponderanz der Flexoren hin.

Und der Ausschlag dieser einseitigen Muskeltätigkeit wird wohl noch begünstigt durch die Laxität der rachitischen Gelenke, welche sich bisweilen mit dem Schlottern paralytischer Gelenke vergleichen läßt.

Aus diesen mechanisch-ätiologischen Erwägungen ergibt sich für unsere prophylaktische Tätigkeit, abgesehen von der Bekämpfung der

Knochenweichheit einmal die Verhütung von Belastung, ferner aber die energische Pflege der Muskulatur mit Massage, spirituösen Abreibungen u. dgl.

Werden wir erst zu Rate gezogen, wenn die Deformität bereits in Erscheinung getreten ist, was soll dann geschehen?

Wir kommen da zuerst auf die Frage der Spontanheilung rachitischer Verkrümmungen zu sprechen. Unsere Erfahrungen stimmen mit denen anderer Beobachter darin überein, daß nicht selten solche Kurvaturen während des Wachstums abnehmen und bis zum 5. oder 6. Lebensjahre verschwinden können. Ob dies eintreten wird, läßt sich allerdings im einzelnen Fall nie sicher vorhersagen. Wir haben nicht nur an Femur und Tibia bzw. bei Deformitäten des Kniegelenkes, sondern gelegentlich sogar an rachitischen Skoliosen derartige spontane und erhebliche Besserung feststellen können.

Ist die Deformität hochgradig oder ist die genannte Altersgrenze überschritten, dann jedenfalls sind wir gezwungen, aus der zuwartenden Haltung herauszutreten. Eine andere Frage ist die, ob wir zu aktivem Eingreifen nicht zu einem früheren Zeitpunkt schon berechtigt sind.

Diese Frage pflege ich in der Praxis dann zu bejahen, wenn die Angehörigen die rasche und sichere ärztliche Hilfe der langsamen und unzuverlässigen natürlichen Selbsthilfe vorziehen, ferner wenn das längere Bestehen der Deformität sekundäre Schädigungen nach sich zieht, wenn z. B. Verkrümmung im Bereich des Kniegelenkes Klumpfuß oder Plattfuß zu erzeugen droht, immer natürlich unter der Voraussetzung, daß die Rachitis fast oder völlig ausgeheilt ist.

Überblicken wir rasch die Hilfsmittel, welche uns zur Beseitigung von Verkrümmungen zu Gebote stehen, unter vergleichender Bewertung ihrer Wirksamkeit.

Der portative Apparat wird vielfach verwendet, um verkrümmte Extremitäten zu stützen und mit Hilfe von Gurten, elastischen Zügen u. dgl. korrigierend auf die Kurvatur zu wirken. Ich persönlich schätze die redressierende Kraft eines beliebigen orthopädischen Apparates nicht besonders hoch ein, erblicke vielmehr die wesentliche Indikation der Apparatbehandlung überhaupt in der Fixation und Entlastung von Gelenken und Knochen.

Die Belastung eines Rachitikers mit Apparaten und die schädigende Nebenwirkung der letzteren auf Blutumlauf und Muskulatur scheinen mir Momente zu sein, welche auf eine möglichste Einschränkung ihrer Anwendung hinweisen. Auf Ausnahmefälle und auf die Applikation redressierender Nachtschienen und Lagerungsapparate kommen wir später zu sprechen.

Unter den rascher wirkenden, chirurgischen Methoden sei zuerst erwähnt das unblutige Redressement, das vor allem in Betracht kommt bei sog. Gelenksdeformitäten. Dieser Eingriff erzwingt die Geraderichtung der Extremität durch Dehnung der konkavseitigen Weichteile, insbesondere der Gelenkkapsel und -Bänder. Dadurch muß zunächst ein Schlottergelenk entstehen, das weiterhin durch Richtungsveränderung des Knochenwachstums mit Hilfe der Transformationskraft allmählich verschwinden soll, indem der umgebildete Knochen gewissermaßen den keilförmig klaffenden Gelenkspalt aus-

füllt. Dazu gehören aber oft viele Monate, und auf so lange Zeit das betreffende Gelenk zu fixieren, ist gewiß nicht ganz harmlos. Wir sind also dann doch gezwungen, den starren Verband durch einen Schienen- oder Hülsenapparat zu ersetzen, haben an Zeit wohl einiges, an Kosten nichts gespart.

Wo Zeit und Kosten in Rechnung gestellt werden müssen bei der Wahl des therapeutischen Verfahrens, oder wo die Lokalisation der Deformität das Redressement so gut wie ausschließt (Diaphysenverbiegung), da steht uns die gewaltsame Kontinuitätstrennung des krummen Knochens zur Verfügung. Wir können der Fraktur subkutan erzeugen mit Hilfe der Osteoklase, wir können den Knochen blutig durchtrennen mit der Osteotomie.

Welche sind die maßgebenden Gesichtspunkte für die Bevorzugung dieser oder jener Methode?

Die subkutane Fraktur ist die ungefährlichere Bruchform, diese Tatsache scheint gegen die Osteotomie zu sprechen. Allein es handelt sich nicht um einen Bruch, sondern zuerst um ein Zerbrechen. Das unblutige Zerbrechen aber setzt eine nicht unerhebliche Quetschung der Weichteile, die Lokalisation des Bruches liegt nicht ganz sicher in unserer Macht, namentlich wenn wir manuell arbeiten. Ein Osteoklast ist ein teurer Apparat, den der praktische Arzt sich kaum anschaffen mag. Der Vorteil, welchen also die Osteoklase gerade für den praktischen Arzt auf den ersten Blick hat, hält bei genauem Zusehen nicht stand.

Die Osteotomie andererseits bedingt eine so kleine Wunde, ein so geringes Instrumentarium so wenig Manipulationen, daß die Asepsis leicht zu wahren, die Gefahr der Operation d. h. der einfachen queren Knochendurchmeiselung kaum zu berücksichtigen ist, daß also das Verfahren auch dem praktischen Arzt zugänglich ist.

Mag man bei Diaphysenverbiegungen zwischen Osteoklase und Osteotomie schwanken, bei Gelenkdeformitäten ist die letztere meines Erachtens entschieden vorzuziehen, speziell im Bereich des Hüftgelenkes kann sie allein in Betracht kommen.

Und wenn wir vollends aus irgendwelchen Gründen, sei es unter Berücksichtigung der vorzunehmenden Dislozierung der Fragmente oder behufs Verlängerung des deformierten Knochens, nicht eine Querfraktur, sondern eine schiefe Bruchlinie anstreben, dann kann uns diese nur die blutige Operation liefern.

Dem chirurgisch geschulten Orthopäden dürfte nach meinem Empfinden die letztere an sich sympathischer sein als das barbarische Zerbrechen des Knochens.

Solche Erwägungen führten mich zu dem Standpunkt, daß ich für die Osteoklase nichts übrig habe, sondern regelmäßig und überall osteotomiere.

Wir wollen nach diesen allgemeinen Erörterungen die wichtigsten rachitischen Deformitäten an uns vorüberziehen lassen und jeweils mit wenigen Worten die Therapie skizzieren.

Die rachitische Kyphose, meist in der Lendenwirbelsäule lokalisiert, kommt als früheste rachitische Deformität beim Tragen und Sitzen des kleinen Patienten zur Entwicklung.

Vermeiden des verfrühten Sitzens, zweckmäßige Lagerung bei Tag und Nacht auf harter Unterlage oder in einem lordosierenden Gipsbett, Kräftigung der Rückenmuskeln durch Massage beseitigt die Deformität mit großer Sicherheit.

Prognostisch viel ungünstiger ist dagegen die rachitische Skoliose zu beurteilen, woran die vereinzelten Fälle spontaner Besserung nichts zu ändern vermögen. Liegt doch hier die ganze Wachstumsperiode vor uns, welche eine ebenso lange dauernde Überwachung und Behandlung des jederzeit mit Verschlimmerung drohenden Leidens erfordert!

In den ersten Lebensjahren müssen wir uns mit Massage, Suspension, Lagerung während der Nacht und überhaupt während der Bettruhe in einem möglichst überkorrigierenden Gipsbett begnügen.

Ein Stützkorsett, mag man über dessen Wert unter anderen Umständen abfällig urteilen, ist nicht zu entbehren bei rachitischer Skoliose von Kindern, die bereits viel sitzen, aber noch zu klein sind, um Heilgymnastik zu treiben. Letztere ist ausgiebig anzuwenden, sobald der Intellekt des Patienten es zuläßt.

Ich halte daran fest, daß während der Sitzarbeit, während der Schulstunden der deformierten Wirbelsäule die Korsettstütze nicht entzogen werden soll, bin aber ebenso fest überzeugt, daß ein Korsett allein die Skoliose nicht heilen kann. Sorgfältige Regelung der ganzen Lebensweise, Kräftigung der gesamten Muskulatur durch vernünftig betriebenen Sport, orthopädische Behandlung der Wirbelsäulenverkrümmung — Hausarzt, Schularzt und Spezialarzt haben, wie schon gesagt, in dieser Hinsicht während des ganzen Wachstums viel zu tun.

Wir wenden uns zur unteren Extremität, an welcher die Belastungsdeformitäten natürlich in erster Linie entstehen.

Merkwürdigerweise findet sich am kindlichen Hüftgelenk die Coxa vara, die Schenkelhalsverbiegung in reiner Form selten. Meist wird eine solche Abknickung und der konsekutive Trochanterhochstand vorgetäuscht durch eine Verbiegung des Femurschaftes. Diese nach vorne und außen konvexe Krümmung des Oberschenkelknochens kann sich auf die Tibia fortsetzen und dadurch zu beträchtlichem Genu varum führen. Aus technischen und kosmetischen Gründen empfiehlt es sich in solchen Fällen gewöhnlich, die Osteotomie suprakondylär auszuführen, selbst wenn wir uns damit entgegen der Regel nicht an den Krümmungsscheitel halten.

Auch bei Genu valgum bevorzuge ich die Durchmeiselung an der genannten Stelle, auch wenn die Tibia gleich großen Anteil an der Deformität hat wie das Femur.

Den Träger eines leichten Genu valgum verschone ich entsprechend meiner oben begründeten geringen Neigung für Apparatbehandlung mit Schienenapparaten. Eine Erhöhung der Stiefelsohle am Innenrand wirkt auf die Belastungsverhältnisse des deformierten Kniegelenkes günstig ein und ist doppelt nützlich, weil Genu valgum und Knick-Plattfuß sich ungemein häufig kombiniert vorfinden.

Während der Nacht werden einfache Schienenvorrichtungen allerdings getragen, welche ein recht energisches Redressement gestatten. Da das leichte Genu valgum der früher erwähnten Spontanheilung

entschieden zuneigt, so glaube ich recht zu handeln, wenn ich Eltern und Kindern die Schienenquälerei erspare. Ernstere Fälle aber schließe ich erst recht von der endlosen Schienenbehandlung aus, unterziehe dieselben vielmehr, die Ausheilung der Rachitis vorausgesetzt, der suprakondylären Osteotomie, sehr ausnahmsweise der oberen Tibiaosteotomie — und das Resultat ist nach 8 bis 10 Wochen vollständige anatomische und funktionelle Heilung. Ein Mißlingen habe ich niemals erlebt, habe aber immer die Dankbarkeit der Eltern auf meiner Seite gehabt, namentlich wenn diese Gelegenheit hatten, an schienenbehandelten Kindern Vergleiche hinsichtlich Kurdauer, Aufwand und Erfolg anzustellen.

Über die Behandlung der mannigfachen Deformitäten der Tibia habe ich wenig Bemerkenswertes zu sagen und möchte nur betonen, daß wir meist die Achillotenotomie der Osteotomie anschließen, um eine leichte und völlige Stellungskorrektur zu erzielen. Wenn von manchen Seiten über Rezidive der Deformität geklagt wird, so glaube ich dafür die Unterlassung dieser ebenso geringfügigen als einflußreichen Nachoperation haftbar machen zu dürfen. Übrigens sei zugunsten der letzteren auch noch angeführt, daß sie nicht nur Distraktion der Fragmente, d. i. die Krümmungssegmente an sich erleichtert, sondern auch die früher viel geübte Keilresektion aus der Tibia völlig überflüssig macht. Unter Hunderten von Fällen hat sich uns diese immerhin verstümmelnde Operation nur ein einziges Mal bei einer monströsen Verbiegung als notwendig erwiesen.

Ist so der Eingriff bei rachitischer Deformität des Schienbeines einfach und typisch, so kann die Sachlage sich geradezu verzweifelt gestalten beim Vorhandensein mehrfacher Verkrümmungen — Femur varum, Genu valgum, Tibia vara, Torsion der Knochen —, welche die Beine Korkziehern ähnlich machen.

Die Korrektur der einen Kurvatur oder Knickung vermehrt die benachbarte, und erst multiple Osteotomien in wiederholter Sitzung führen zum Ziel.

Wir haben vorhin schon den bei Rachitikern ungemein häufigen Knick-Plattfuß erwähnt. Meist genügt orthopädisches Schuhwerk und eine getriebene Einlage, zu der wir am besten Aluminium verarbeiten, — aber den Einzelfall angepaßte Handarbeit, keine nach Nummern gewählte Fabrikware! — um die Adduktion und Supinationsstellung des Fußes, die Höhlung der Fußsohle wiederherzustellen.

Gelegentlich bieten wohl stark schlotternde Sprunggelenke die Gelegenheit, durch operative Fältelung und Verkürzung erschlaffter Sehnen, insbesondere des Tibialis posticus, die Heilung zu beschleunigen.

Indem wir unsere kurze Besprechung, welche für Sie, m. H.. nur eine Übersicht, kein vollständiges Bild, keine Detailmalerei bieten sollte, beschließen, sei nochmals als Leitschnur unserer Therapie betont, daß wir nicht rachitische Krümmungen allein, sondern rachitische Kinder zu behandeln haben, daß also die Allgemeinbehandlung für das Gelingen unserer örtlichen Eingriffe unerläßliche Voraussetzung ist.

II. Referate.

Hans Curschmann, Über Rachitis tarda. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten. 1905. Bd. 14. S. 341.) C. teilt einen typischen Fall von Rachitis tarda aus der medizinischen Klinik in Heidelberg mit. Ein 18jähriges Mädchen, das früher nie krank, bzw. nicht rachitisch gewesen ist, hört mit ca. 14 Jahren auf zu wachsen. Mit 17 Jahren rasch Schmerzen beim Gehen, Epiphysenauftreibung an den Rippen, rachitischer Rosenkranz, typisches rachitisch plattes Becken, starke Auftreibung besonders der distalen Epiphysen der oberen und unteren Extremitäten, vor allem der Vorderarme und der Unterschenkel, schließlich mehr oder weniger starke Verkrümmung der langen Röhrenknochen, besonders der Tibien.

Auf Bettruhe, Phosphorlebertran, Salzbäder kommt es innerhalb von 2—3 Monaten zum Stillstand des Leidens und Rückbildung einiger objektiver Veränderungen, vor allem aber zu einer außerordentlichen Hebung des Allgemeinbefindens.

Osteomalacie, kongenitale Lues, ein Spinalleiden konnten mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden.

Nach Beschreibung eines zweiten leichteren Falles von Rachitis tarda bespricht C. die Klinik der Krankheit und weist dann auf die schwierig zu deutenden Fälle hin, bei welchen die Rachitis monosymptomatisch auftritt und unter dem Bilde einer Coxa vara, eines Genu valgum oder varum in Erscheinung tritt. Ein Fall, in welchem sich aus dem Bilde einer allgemeinen Spätrachitis besonders das Genu valgum hervorhebt, wird ausführlich mitgeteilt. Auf Grund dieses Falles erhebt C. die Forderung, daß bei jedem Fall von Genu valgum und varum adolescentium (besonders im Initialstadium) eine spezifisch interne Behandlung der Rachitis in Gestalt von Bettruhe, Phosphor, Lebertran, event. Hydrotherapie eingeleitet wird.

Hugo Starck (Karlsruhe-Heidelberg).

A. Schütz (Budapest), Über den Einfluß des Chlors auf die Kalkausnützung beim Säugling. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) Bunges Kochsalztheorie ist bekannt. Zweifel griff später auf dieselbe zurück. Da die Mütter zumeist ungesalzenes Brot genießen, sinke der Salzgehalt der Milch unter das erforderliche Maß; die Chlorarmut der Milch habe nun eine verminderte Salzsäureproduktion und diese wieder eine ungenügende Auflösung der aufgenommenen Kalksalze zur Folge. Aus seinen Versuchen läßt sich freilich die Notwendigkeit der Kochsalzbeigabe zur Säuglingsnahrung nicht erhärten. Raudnitz vertritt die Anschauung, daß Salzsäurezufuhr die Resorption der Kalksalze nicht begünstige.

S. versuchte seinerseits den Einfluß der Salzsäure auf den Kalkstoffwechsel durch weitere Stoffwechselversuche festzustellen, da einerseits, wie gesagt, die Wirkung großer Mengen Kochsalzes bei den Zweifelschen Versuchen keineswegs erhärtet wurde, andererseits die Kochsalzzugabe zur Milch als Prophylaktikum gegen Rachitis immer mehr Anhänger gewinnt. S. stellte also selbst zwei Versuche an und

wählte dabei als Form der Chlordarreichung, wie Raudnitz, Salzsäure, da neuere Beobachtungen ergeben haben, daß Kochsalzzugabe auf die Magensaftsekretion und Eiweißverdauung störend einwirkt. Auch diese Versuche ergaben das Resultat, daß die Salzsäure auf den Kalkstoffwechsel des Säuglings keinen Einfluß ausübt.

Grätzer.

Mme. M. Derscheid Delcourt (Paris), Le traitement du mal de Pott au moyen de la plaque pottique à ressort. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1905.) Die Verfasserin weist darauf hin, daß die Calotsche Methode der Kyphosenbehandlung, welche anfangs mit Enthusiasmus von allen aufgenommen worden ist, jetzt ziemlich vernachlässigt wird, nachdem die Resultate oft schlechte sind; viele Fälle zeigen nach einiger Zeit Rezidive, bei anderen trat allgemeine Tuberkulose auf, in den leichteren Fällen entwickelte sich schwerer Decubitus der betroffenen Teile. Daher ist die vorsichtige Redressierung in der Narkose vorzuziehen und in der ersten Sitzung nur so weit vorzugehen als sich ohne große Kraftanwendung geraderichten läßt. Bei Anlegung des Gipsverbandes wird, je nach Größe der Gibbosität, eine von der Verfasserin speziell konstruierte, gut gepolsterte Pelotte eingelegt, welche in Verbindung mit einer federnden Spange ist, so daß der Patient in Rückenlage auf derselben zu liegen kommt, wodurch ein kontinuierlicher, elastischer Druck auf die Kyphose ausgeübt wird. Beigegebene Illustrationen zeigen die Konstruktion dieser Pelotte und die Art ihrer Anlegung. Die Immobilisierung muß wenigstens 1 Jahr lang in konsequenter Weise durchgeführt werden und soll der Gipsverband alle 4—6 Wochen erneuert werden. Das Kind liegt auf einer harten Unterlage, Tisch oder Fußboden, wodurch die Wirkung der federnden Pelotte besser zur Geltung kommt und auch eine forcierte Lordose zustande kommt, welche für die Redressierung von Vorteil ist. Der Aufenthalt an der Meeresküste ist vorzuziehen, doch ist auch Landaufenthalt von gutem Einfluß. Während der ganzen Behandlungsdauer darf die aufrechte Stellung und das Gehen nicht erlaubt werden und auch später soll jahrelang, sowohl bei Tag, als auch bei Nacht ein Korsett, am besten von Zelluloid getragen werden. Späterhin, wenn die Konsolidierung bereits vollständig ist, kann das Mieder während der Nacht abgelegt und durch eine breite Flanellbinde ersetzt werden. Auf kräftige, reichliche Nahrung, Verabreichung von Lebertran usw. ist großes Gewicht zu legen.

E. Toff (Braila).

Rudolf Klapp, Die Anwendung der mobilisierenden Wirkung der Hyperämie auf skoliotische Versteifungen. (Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 79. Heft 4—6. S. 543.) In der Bonner chirurgischen Klinik wird nach Klapps Mitteilung seit einiger Zeit die Heißluftapplikation bei mäßig oder wenig versteifter Skoliose vor jeder orthopädischen Turnstunde benutzt, um die Patienten geschmeidig zu machen, so daß sie sich bei dem nachfolgenden Turnen in ausgiebigerem Maße bewegen können. Der Heißluftkasten zur Mobilisierung von Skoliosen ist so eingerichtet, daß die Kranken ihren Rücken in einen Ausschnitt hineinhalten. In dem für die Bonner

Klinik angefertigten Kasten finden fünf Patienten Platz. Die Heizung des Heißluftkastens wird von einem starken Gaskranz erzeugt, welcher von einem Kupfermantel allseitig gestützt wird und den Heizstrom nur nach der im oberen Teil des Mantels angebrachten Öffnung loswerden kann. Diese Öffnung ist von einer runden Kuppel so überdacht, daß der gegen die hohle Kuppel fahrende Heißluftstrom seitlich und nach unten abgelenkt wird. Diese Heißluftvorrichtung ist in der Mitte eines großen fünfeckigen Kastens angebracht, an dessen Seiten sich für die Rücken die Öffnungen befinden, deren Ränder mit dicken Polstern aus Filz beschlagen sind, welche den genauen Abschluß herstellen sollen. Unter jeder Öffnung steht ein gepolstertes Stühlchen, auf welchem die Patienten Platz nehmen; sie schmiegen ihren Rücken in die gepolsterten Öffnungen und setzen ihn so der Einwirkung der heißen Luft aus.

Die Heißluftapplikation tritt in der Bonner Klinik an die Stelle der Massage, die sie nach K.s Beobachtungen völlig zu ersetzen oder noch zu übertreffen scheint. Joachimsthal (Berlin).

Drehmann (Breslau), Über Cervicodorsalskoliose und Halsrippe. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1906. Nr. 2.) Auf Grund seiner Untersuchungen an 10 Fällen kommt D. zu folgenden Schlußfolgerungen:

Es gibt hier und da vorkommende Fälle einer primären, auf wenige Wirbel beschränkten Cervicodorsalskoliose, welche einen entschieden hereditären Charakter zeigen. Fälle ohne Anomalien der Rippenzahl scheinen äußerst selten zu sein. Meistens besteht auf der konvexen Seite am Halse eine überzählige Rippe. Am häufigsten ist diese nicht als einfache Halsrippe zu deuten, sondern es handelt sich um das Einsprengen eines keilförmigen Wirbelrudimentes, welches eine einseitige Rippe trägt. Das Rudiment befindet sich stets am Übergang der Hals- in die Brustwirbelsäule. Ein kompensatorisches Wirbelrudiment findet sich zuweilen am Übergang der Brust- in die Lendenwirbelsäule auf der entgegengesetzten Seite. Unter den angeborenen Skoliosen sind derartige Fälle noch nicht hinreichend beschrieben. Bei den bis jetzt beschriebenen handelte es sich meistens um Einsprengungen an der Lenden- oder mittleren Brustwirbelsäule. Verwechslung der genannten Skoliose im ersten Lebensjahre mit Caput obstipum muß vermieden werden.

Die Halsrippe ist nicht als ätiologisches Moment anzusehen, da auch bei der Skoliose mit unkomplizierter Halsrippe eine familiäre Anlage nicht auszuschließen ist. Grätzer.

J. van den Burgh, Torticollis ocularis. (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. 2. S. 365.) B. beschreibt einen Fall von Torticollis bei einem $5^1/_2$ jährigen Kinde. Es ergab sich, daß das Caput obstipum Folge eines vorhandenen Strabismus paralyticus war. Schon im Säuglingsalter war der Torticollis konstatiert. Im Alter von $1^1/_2$ Jahr Tenotomie des Sterno-cleido. Diese blieb ebenso wie die später eingeleitete orthopädische und heilgymnastische Behandlung ohne jeden Erfolg. Durch B. wurde dann später der Fall

als ein Caput obstipum sinistro-versum erkannt, als Folge eines Strabismus. Nach der Operation dieses Strabismus (Tenotomie des linken Musculus rectus inferior) trat prompte Heilung des Strabismus und auch des Caput obstipum ein. Graanboom (Amsterdam).

Hans Spitzy, Die Obturatorius-Cruralisplastik. (Aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Neurologie.) (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 14. Heft 1.) Die Topographie der Lähmung des Nervus cruralis sowie der Versuch, ihn vom Nervus obturatorius her zu neurotisieren, bildet an der Hand von Tierversuchen, Leichenextremitäten sowie von zwei bereits am Menschen ausgeführten Operationen den Vorwurf der vorliegenden Arbeit.

Es kann nach S. ohne Schaden der ganze oberflächliche Obturatoriusast bzw. dessen Zweige zur Plastik verwendet werden; denn der vom tiefen Ast versorgte mächtige Musc. adductor magnus genügt noch immer reichlich zur Ausführung der Adduktionsbewegung bei dem ohnehin funktionsschwachen Bein. Die Art der Plastik ist die einer zentralen Implantation. Das zentrale Ende des bahngebenden Nervus obturatorius wird in den gelähmten Cruralis eingepfropft. Der Hautschnitt wird 6 cm lang vom Leistenband nach abwärts und etwas nach außen von der fühlbaren Arteria femoralis geführt. Einige quer ziehende zur Vena saphena führende Nerven müssen vor ihrer Durchschneidung ligiert werden, ebenso die Arteria und Vena circumflexa ilium superficialis knapp an ihrem Abgange von den Hauptgefäßen unterbunden werden, da eine wegen der Nähe des Hauptstammes mit großer Wucht auftretende Blutüberschwemmung die Auffindung der Nervenäste sehr erheblich behindert. Wenn man sich bei der Präparation immer lateral an den M. ileopsoas hält, kann man den Cruralisstamm freilegen, ohne überhaupt die großen Gefäße zu Gesicht zu bekommen. Wichtig ist, den Nerven bis knapp unter das Poupartsche Band freizupräparieren. Ein zweiter Schnitt, etwas länger, zieht vom Tubercul. pub. nach abwärts parallel und etwas medial von der leicht durchzufühlenden Sehne des Adductor longus. Sogleich nach Durchtrennung der Haut kommt die weißglänzende Sehne des M. adductor longus zum Vorschein und dient bei dem weiteren Vorgehen als Wegweiser. Nach der Ligatur der querziehenden Arter. und Ven. puden. öffnet man die Adduktorenfaszie, geht zwischen den M. pect. und Adduct. long. ein, zieht sie mit Haken auseinander und hat nun die Verzweigung des Obturatorius vor sich liegen. Man kann leicht den zum Gracilis ziehenden Ast sowie die langen zum Adductor longus und brevis ziehenden Äste isolieren; sie werden knapp vor ihrem Eintritt in die Muskeln abgeschnitten, möglichst zart am anhaftenden Bindegewebe erfaßt, dürfen niemals gequetscht oder geknickt werden und sind möglichst hoch hinauf zu mobilisieren. Die zu einem Bündel vereinigten Nervenäste werden mit einem dünnen Faden möglichst perineurol mit einer Längsschlinge gefaßt und mit Hilfe einer geraden Nadel durch einen mit einem stumpfen Instrument vorsichtig über dem Gefäßpaket gemachten Tunnel gezogen und in einem mit einem kleinen Tenotom gemachten Längsschlitz des lateralen Anteiles des N. cruralis mit nach abwärts gerichtetem Querschnitt implantiert und

hier durch eine lockere längsgerichtete Schlinge (Seide oder Catgut) fixiert. Dabei ist wichtig, daß keine Spannung besteht; denn gezerrte Nerven sind in nicht geringerer Gefahr wie gequetschte. Nach Schluß der Hautwunde werden Extremität und Becken durch einen Gipsverband fixiert.

Die Operation ist am Menschen unschwer auszuführen. Schlägt der Versuch fehl, so bleiben in den Sehnenplastiken weitere Mittel, den Mobilitätsausfall zu korrigieren. Es ist ohnehin meist nötig, der passiven Überdehnung der gelähmten Muskeln vor der Nervenplastik oder zugleich mit derselben durch entsprechende Verkürzungen abzuhelfen. Joachimsthal (Berlin).

v. Hacker, Über Sehnenverlängerung und die Verwendung eines dreistufigen Treppenabschnittes bei derselben. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. 2. S. 279.) H.s Modifikation besteht darin, daß die Durchtrennung der Sehne statt in zwei Stufen, wie nach Bayers Methode, in drei Stufen durchgeführt wird. Maßgebend war dabei die Absicht, nach der Verlängerung eine breitere Sehne zu erzielen als nach dem Bayerschen Verfahren, bei dem die Sehne bei querer Schnittführung die Hälfte des ursprünglichen Querschnittes einbüßt. Vom Sehnenrand ab gerechnet folgt auf den ersten Querschnitt ein Längsschnitt und dann in weiterer Folge wieder Querschnitt, Längsschnitt und Querschnitt in Stufenform. Die dadurch in zwei Stücke zerfallende Sehne wird nun um eine Stufe der Länge nach verschoben. Es lassen sich danach die Sehnenstücke wieder stufenförmig aneinanderlegen und nicht nur die Quer- sondern auch die Längsschnitte mit Nähten vereinigen. Die Breite der Sehne würde zwei Drittel der ursprünglichen Sehne betragen.
Joachimsthal (Berlin).

H. Alapy, Die Behandlung der schweren Formen des Pes varus mit keilförmiger Resektion. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 11.) Aus der Fußwurzel wird ein Keil mit einer Basis von $1\,{}^1/_2$—3 cm ausgemeißelt; nach diesem Eingriff werden die sehnigen Gebilde korrigiert. Die Nachbehandlung besteht aus Bädern, Massage, Turnen, passiven und aktiven Bewegungen. Ernö Deutsch (Budapest).

Hofmann (Graz), Ursachen und Bedeutung der Stellung des Fußes in Pro- oder Supination bei fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenks. (Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 46. Heft 3.) Verf. hat festgestellt, daß eine Fixation des Fußes in bestimmter Stellung auch immer einer bestimmten Lokalisation des Krankheitsprozesses entspricht. Und zwar stellt sich der Fuß bei Erkrankung des Talonaviculargelenks in Pronationsstellung. Beobachtet wird diese Fixation des Fußes vorwiegend, wenn bereits Zerstörungen der Gelenkkörper vorliegen. Auch experimentell ließ sich durch Injektion der verschiedenen Gelenke die entsprechende Stellung erzielen. Vulpius-Ottendorff (Heidelberg).

K. Försterling, Über isolierte, subkutane Fissuren der langen Röhrenknochen. (Aus dem städtischen Krankenhaus I in Hannover.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 41.) F. beob-

achtete zwei Fälle. Der erste betraf ein 7jähriges Kind, dem eine Matratze auf den rechten Unterschenkel gefallen war, der zweite einen 2 Jahre alten Knaben, der einige Treppenstufen hinabgefallen war. Beide Patienten konnten nicht auftreten, hatten eine leichte, umschriebene, druckempfindliche Schwellung über der Tibia und auch spontan heftige Schmerzen daselbst. Die Röntgenaufnahmen zeigten, daß es sich um Fissuren der Tibia handelte.

Solche Fissuren sind offenbar gar nicht so selten. Vor Entdeckung der Röntgenstrahlen waren sie kaum zu diagnostizieren; man betrachtete die Fälle einfach als Kontusionen, und es wird so manche erhebliche Funktionsstörung und lange Heilungsdauer solcher Kontusionen nun erklärlich. Denn solange nicht eine knöcherne Vereinigung des Knochensprungs eingetreten ist, bleibt jede Belastung desselben, sei es durch Druck oder Zug, schmerzhaft. Ist eine stärkere Funktionsstörung an einem Gliede vorhanden, die zu dem geringen objektiven Befunde in krassem Widerspruch steht, so muß man an eine Fissur denken. Die Extremität ist völlig gebrauchsunfähig wie bei einer Fraktur. Das übrige Bild jedoch ist nur das einer Kontusion: geringe, umschriebene Schwellung und Schmerzhaftigkeit, Freisein der nächstliegenden Gelenke, nichts von Krepitation, Dislokation oder abnormer Beweglichkeit. Selbstverständlich ist damit die Diagnose noch nicht gesichert; diese bringt erst die Röntgenuntersuchung, aber nicht bloße Durchleuchtung, sondern eine Aufnahme, die von zwei Seiten gemacht wird, da unter Umständen die Fissur bei Durchleuchtung nur von einer Seite nicht zu sehen ist.

Die Prognose solcher Fissuren ist gut; sie heilen rasch unter Ruhigstellung des Gliedes. Grätzer.

Fritz Spieler, Über eine eigenartige Osteopathie im Kindesalter. (Zeitschr. f. Heilkunde. 1905. Bd. 26. Heft 6. S. 206.) Es handelt sich in Sp.s Falle um einen weder hereditär noch familiär nachweislich belasteten 3jährigen Knaben, bei dem sich seit seinem 15. Lebensmonate allmählich zunehmende schmerzhafte Verdickungen und eigentümliche Verkrümmungen der langen Röhrenknochen, bedeutende Auftreibungen der Knie- und Sprunggelenke sowie typische Trommelschlägelfinger und -zehen entwickelt haben. Die Knochenverdickungen sind — wie das Röntgenbild zeigt — durch schalenartig die Extremitätenknochen umschließende Auflagerungen neugebildeten Knochengewebes bedingt und betreffen fast ausschließlich die Diaphysen, während die Gelenkauftreibungen ebenso wie die Trommelschlägelfinger und -zehen auf Weichteilverdickungen zurückgeführt werden müssen. Die Knochen des Stammes sowie das Gesichtsskelett zeigen keinerlei Veränderungen. Die Schädelknochen selbst erscheinen auch im Radiogramme eher dünner als normal: alle Nähte am Schädel klaffen weit, die Fontanellen und zwar selbst die normalerweise schon bei oder sehr bald nach der Geburt geschlossenen Seitenfontanellen stehen offen, die Spitze des Hinterhauptbeines ist als selbständiges dreieckiges Knochenstückchen (Os interparietale) durch eine $^1/_2$ cm breite Furche von der Schuppe abgetrennt, und im Verlaufe der Lambdanaht finden sich jederseits symmetrische

elliptische Defekte gerade der Stelle entsprechend, wo man nicht selten ovale Schaltknochen antrifft. Der Schädelumfang entspricht dabei vollkommen dem Alter des Kindes, der Schädel zeigt nirgends eine besondere Spannung.

Der Fall entspricht in einem höchst bedeutsamen Symptomenkomplexe seines Extremitätenbefundes der toxigenen Osteoperiostitis (Osteoarthropathie hypertrophiante) und zeigt andererseits gerade in denjenigen Momenten, die dieser Diagnose widersprechen, große Übereinstimmung mit der Ostitis deformans bzw. mit dem pueri-adoleszenten Typus der hereditären Knochenlues im Sinne Lannelongues.

Joachimsthal (Berlin),

Hans Haberer, Zur Kasuistik der Knochenzysten. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 559.) H. bespricht zwei Fälle von Knochenzysten aus der ersten chirurgischen Klinik in Wien. Es handelt sich in dem ersten Falle um einen 10 jährigen Knaben, der bis zum dritten Lebensjahre vollkommen gesund war, dann im Bereiche der rechten Unterkieferhälfte und des rechten Scheitelbeines Geschwulstbildungen bekam. Im fünften Lebensjahre brach der Knabe bei einem Falle auf ebenem Wege den rechten Oberschenkel in der Mitte und 2 Jahre später, nachdem eine Frakturheilung mit mäßiger Verkrümmung eingetreten war, denselben Knochen infolge eines ganz geringfügigen Traumas. Auch dieses Mal heilte die Fraktur aber mit starker Verkrümmung und Auftreibung des Oberschenkels an der Bruchstelle. Bei der Aufnahme fanden sich im Bereiche des rechten Scheitelbeins, des horizontalen Astes des Unterkiefers rechterseits, des Mitte des hochgradig verkrümmten rechten Oberschenkels und des Trochanter major des linken Oberschenkels (hier mit gleichzeitiger Verkrümmung des Oberschenkels im Sinne einer Coxa vara) Tumoren, die dem Knochen angehörten. Dieselben waren hart, unempfindlich, die Weichteile über den Tumoren normal. Im Bereiche des rechten Scheitelbeines fand sich auch noch eine deutlich fluktuierende, von zackigem Knochenwall umgrenzte Geschwulst. Auf eine innere Jodmedikation schwand diese zystische Geschwulst, die übrigen Tumoren blieben unverändert. Die Röntgogramme zeigten, daß es sich um Knochenzysten mit Auftreibung der Knochen handelte. Die Corticalis, an vielen Stellen hochgradig rarefiziert, zeigte an anderen Stellen periostale Auflagerungen. Probeexzisionen aus dem Bereiche des Tumors am Scheitelbeine und des Tumors am rechten Oberschenkel ergaben das Bild eines Riesenzellensarkoms (Myeloidsarkoms). Es handelte sich also um eine anatomisch exquisit maligne Geschwulstform bei klinisch über viele Jahre ausgedehntem relativ gutartigem Verlauf und zwar bei einem jugendlichen Individuum.

In dem zweiten Falle handelte es sich bei einem 14 jährigen Knaben um Knochenzysten im oberen Drittel des rechten Oberarmes mit ziemlich beträchtlicher Auftreibung des Knochens und hochgradiger Rarefizierung der Corticalis (nach dem Ergebnis der Röntgogramme), die im Anschluß an eine mehrfache Fraktur dieses Knochens entstanden waren. Die Zystenbildung war hier nach ihrem ersten Nachweis vor $3^1/_2$ Jahren ziemlich stationär geblieben. Eine histo-

logische Untersuchung konnte, da eine Probeexzision unterblieben war, nicht ausgeführt werden. Joachimsthal (Berlin).

Felix Lewandowsky (Bern), Über subkutane und periartikuläre Verkalkungen. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.) L. berichtet über einen neuen Fall einer bisher wenig beobachteten und untersuchten Krankheit, die das jugendliche Alter — der jüngste Patient war 4 Jahre alt — bevorzugt. Es handelt sich um multipel in der Subcutis auftretende, derbe Tumoren, die sich langsam entwickeln und die Patienten durch ihren Sitz an funktionell wichtigen Körperstellen belästigen. Der Lieblingssitz der Tumoren, deren Größe zwischen der einer Linse und eines Apfels schwankt, ist die Gegend der Knochenenden an den Extremitäten. Oft findet sich die Tumorbildung im perikapsulären Gewebe, wo sie infolge der Behinderung der Beweglichkeit sekundär zu Muskelatrophie führen kann. Indessen bleibt keine Stelle des Körpers verschont. Das Allgemeinbefinden der Patienten war im allgemeinen nicht gestört. Nur in wenigen Fällen wurde Marasmus beobachtet, der mit der Erkrankung in Zusammenhang gebracht wird. Ein Fall endete letal. Die Tumoren treten in zwei Formen auf; einmal als derbe, gruppenweise stehende Knoten, sodann als kalte, mit breiig-schlammigen Massen gefüllte Abszesse, die zu Hautulzerationen führen können. Anatomisch handelt es sich um Verkalkungen (phosphorsaurer, kohlensaurer Kalk, keine Urate) fibromatöser Partien der Subcutis und des Gewebes um die Gelenkkapseln bei Gegenwart zahlreicher Fremdkörperriesenzellen. Ätiologisch handelt es sich nach L. wahrscheinlich um eine der Gicht ähnliche Diathese, während Parasiten, wie von anderer Seite behauptet wurde, nicht in Betracht kommen. Das Krankheitsbild ist noch kein abgeschlossenes. Bennecke (Marburg).

Wolf (Minden), Multiple Exostosen. (Deutsche Medizinal-Ztg. 1905. Nr. 86.) W. beobachtet folgenden Fall schon seit 5 Jahren.

Es handelt sich um einen schwächlichen, grazil gebauten Knaben von 8 Jahren, welcher keine Rachitis gehabt haben soll. Bemerkenswert dabei ist, daß der Vater an jedem Os hamatum der Mittelhand eine kirschkerngroße Knochenverdickung besitzt. Die ersten Anfänge der Entwicklung der Exostosen bei dem Kinde sind um das erste Lebensjahr konstatiert worden. Seit der Zeit haben die Knochenauswüchse allmählich — auch in den letzten 5 Jahren — zugenommen. Hauptsächlich sind die den Gelenken benachbarten Teile der langen Röhrenknochen betroffen, namentlich die Umgebung des Kniegelenks, aber auch am Schlüsselbein besteht eine Verdickung. Der rechte Unterarm zeigt ferner eine geringe Abschweifung nach außen und kann im Ellenbogengelenk nicht vollständig gestreckt werden.

Grätzer.

L. Blum, Untersuchungen über das Vorkommen parasitärer Organismen in Geschwülsten. (Aus dem path.-anat. Institut der Universität Straßburg.) (Virchows Archiv. Bd. 179. Heft 3.) Bei der Untersuchung von Mamma- und Rektumkarzinomen, sowie Drüsen bzw. Lebermetastasen anderswo lokalisierter primärer Kar-

zinome gelang in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Nachweis der als Protozoen gedeuteten Zelleinschlüsse. Unter Würdigung der eigenen Resultate, sowie der in der Literatur vorhandenen Angaben speziell auch über „Protozoenbefunde" bei nicht karzinomatösen Erkrankungen wird gefolgert, daß eine eindeutige Erklärung der Zelleinschlüsse zwar nicht gegeben werden kann, daß aber nichts für die Protozoennatur und ihre ätiologische Bedeutung für das Karzinom spricht. Bennecke (Marburg).

Ritter (Oldenburg), Zur Entstehung der Neubildungen. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 3.) R. berichtet von einem Falle, welcher die Annahme sehr nahe legt, daß eine Form von Neubildungen, nämlich der Naevus vasculosus, noch vor der Befruchtung, also im unbefruchteten Ei, ihre Uranlage haben kann.

Es handelt sich um ein paar Zwillinge, zwei Mädchen, die einander äußerst ähnlich sind. Im Alter von 6 Jahren bekamen beide Kinder zu gleicher Zeit und an der gleichen Stelle die gleiche Neubildung, nämlich ein kleines Angiom in Form eines roten Fleckes an der Unterlippe rechts.

Das kann wohl kaum ein Zufall sein, vielmehr drängt sich die Vorstellung einer gemeinsamen Ursache auf. R. nimmt als höchstwahrscheinlich an, daß beide Kinder von einem Ovulum abstammen, das schon vor der Befruchtung abnorm war. Grätzer.

H. Nathan, Über Selbstheilung des Angioms durch Ulzeration. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.) N. führt vier Fälle an, wo ziemlich große Angiome bei Säuglingen spontan dadurch abheilten, daß sich auf ihnen ein Geschwür bildete, das allmählich das ganze Angiom einnahm, dann langsam ausheilte, womit alle Spuren des früheren Tumors verschwanden, und nur eine Narbe oder einzelne Gefäßverzweigungen in der Peripherie desselben an die ursprüngliche Affektion erinnerten. Grätzer.

Dreuw, Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie. (Mon. f. prakt. Dermat. 15. Mai 1905. Nr. 10.) Drei Fälle von erbsen- bis zehnpfennigstückgroßen Naevi unterzog Verf. zuerst einer gründlichen Vereisung und führte sodann bis zum Rande hin eine energische Ätzung mit Acidum hydrochloricum bis zu eintretender Blutung aus. Die hierauf sich bildende Borke fiel in 2—3 Wochen ab, hinterließ zuerst eine Rötung, welche aber allmählich normal weißer Hautfarbe wich. Noch vorhandene oder neu entstehende Gefäßerweiterungen wurden mit dem Unnaschen Mikrobrenner, ganz kleine Naevi durch Punktalätzung behandelt. Weiterhin empfiehlt Verf. den Beiersdorfschen Pflastermull zur Behandlung der Trichophytia barbae und des chronischen, lokalisierten nicht nässenden Ekzems. Derselbe enthält die Bestandteile seiner Psoriassalbe: Acid. salic., Ol. rusc., Chrysarob., Sapon. virid., Vaselin. und kann ohne zu reizen 6—8 Tage aufliegen. Im Gesicht schütze man den Pflastermull mittels Leukoplast, die Reinigung der Haut gelingt leicht mit Benzin.

Max Joseph (Berlin).

Paul Klemm, Ein Beitrag zur Genese der mesenterialen Chylangiome. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 3.) Bei einem $2^1/_2$ Jahre alten, bisher gesunden und nicht belasteten Kinde stellte sich dauernde Obstipation, Appetitlosigkeit, Magerkeit und langsam zunehmende Anschwellung des Bauches ein. Über dem ganzen Abdomen bestand leerer Perkussionsschall, nirgends Darmschall. Bei der Operation fand sich ein kindskopfgroßer, vom Mesenterium einer Ileumschlinge ausgehender, mit dunkelgelber, dickflüssiger, sehr eiweißreicher Flüssigkeit prall gefüllter Tumor, über den die Dünndarmschlinge als strangförmiges Gebilde hinzog. Sie wird mit dem Mesenterium und dem Tumor entfernt. Glatter Verlauf. Das Kind entwickelte sich in 2 Jahren sehr gut. Mikroskopisch handelt es sich um ein Lymphangiom, das der Genese und des Inhaltes wegen als Chylangiom bezeichnet wird. Sehr gut ließ sich in den Präparaten die Bildung junger Kapillaren aus den Endothelien verfolgen, die fleckweise in Haufen, eine Infiltration vortäuschend, zusammenlagen. Als Entstehungsursache wird eine Keimversprengung angenommen. Am Schluß der Arbeit findet sich eine Literaturzusammenstellung über 52 Fälle.

Bennecke (Marburg).

J. F. Fischer und **J. Schon** (Dänen), Fall von Angiosarcoma maxillae inf. mit Röntgenstrahlen behandelt. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. Bd. 3. Nr. 8.) Es handelte sich um ein 8 jähriges Mädchen, am 5. Januar 1903 aufgenommen. Im Verlaufe der letzten 3 bis 4 Monate hatte sich eine harte, nicht druckempfindliche Geschwulst in der Nähe des linken Kieferwinkels entwickelt, welche eine walnußgroße Verdickung des Kiefers hervorrief. Kein Pergamentknistern. Keine Drüsengeschwülste in der Submaxillarregion. Erster Molar saß über der Geschwulst, konnte ein bischen hin und her bewegt werden. Die Diagnose schwankte zwischen Zahnzyste und bösartiger Geschwulst. Am 6. Januar wurde eingeschnitten. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes des heftig blutenden Geschwulstgewebes in dem Knochen ergab, daß es sich um Angiosarkom handelte. Die Eltern schlugen eine Resektion ab. Die Geschwulst nahm an Größe stark zu. Am 24. März Anfang der Röntgenbehandlung (Induktor von 35 cm Funkenlänge, mit Turbinenabbrecher, 60 Abbrechungen in der Sekunde; Strom der Zentrale 110 Volt; primäre Stromstärke $2^1/_2$ Amp., Spannung ca. 35 Volt. Lampe mit regulierbarem Vakuum, im Anfang der Seance war die Lampe als hart, am Schluß als weich zu bezeichnen). Die Seance dauerte jedesmal 8—12 Minuten. Bis zum 30. April 14 Bestrahlungen. Es trat eine Dermatitis mit starker Sekretion von der Wunde auf. Ende Juli Heilung der Dermatitis. Ende August keine Geschwulst vorhanden. Später 16 prophylaktische Bestrahlungen. Die letzten 2 Monate wieder Schwellung des Knochens an der inneren Seite, weshalb neue Röntgenbehandlung eingeleitet werden wird.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. L. Faure (Paris), Technique de l'exstirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. (La presse médicale. 1905. Nr. 93.) Die Entfernung des Oberkiefers nach der klassischen Methode gelingt nur dann gut, wenn der Knochen gesund

ist. Bestehen aber in demselben Neubildungen, welche dessen Festigkeit herabsetzen, so ist die Entfernung in toto nicht möglich, vielmehr zerbricht der Knochen in viele Stücke, deren Entfernung dann Schwierigkeiten darbietet. Aus diesem Grunde entfernt Verf. die kranken Teile mittels einer eigenen, schneidenden Hohlzange, wodurch man nach und nach den ganzen Oberkiefer entfernen kann, selbst auf den Kiefer der anderen Seite und die Schädelknochen übergehen, kurz, alles Krankhafte entfernen kann. Bei diesem Vorgehen ist die Entfernung des Orbitalteiles nicht unbedingt notwendig, vielmehr kann man die Orbitalplatte, falls sie nicht erkrankt ist, und eventuell auch den harten Gaumen erhalten, was von unschätzbarem funktionellem Vorteile ist.

Handelt es sich um kleinere Neubildungen, so ist nach Entfernung einiger Zähne durch das Beiseiteschieben der Oberlippe genügend Raum gegeben, während bei voluminöseren Neubildungen das Abheben der Wangenweichteile durch den medianen Liston-Nélatonschen Schnitt, um einen besseren Überblick zu gewinnen, vorzuziehen ist. Nach Beendigung der Operation werden die Weichteile wieder aneinander genäht und die Höhle mit Gaze tamponiert. Das einzige gefährliche Moment dieser Operation sind die starken Blutungen, welche sich oft auch bei den Tamponwechseln durch längere Zeit wiederholen. Bei schwachen Individuen ist daher prophylaktisch die Unterbindung der Carotis externa vorzunehmen. E. Toff (Braila).

F. Cuno u. **Trappe,** Exstirpation einer bösartigen Nierengeschwulst (Embryonales Adenosarkom). (Aus Dr. Christs Kinderhospital in Frankfurt a. M.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. No. 3.) Es handelt sich bei dem 3jährigen Knaben um einen Tumor der Niere, der rasch zu bedeutender Größe angewachsen war. Allseitig von einer bindegewebigen Kapsel abgeschlossen, hatte er die Niere verdrängt, ohne sie zu durchwachsen. Mikroskopisch bestand er aus Bindegewebe, das in der Hauptsache noch embryonalen Typus zeigte, unfertigen, wuchernden Drüsenanlagen und einem an ein Sarkom erinnernden, undifferenzierten Keimlager großer embryonaler Zellen.

Der Tumor gehörte mithin zu der von Birch-Hirschfeld unter dem Namen der embryonalen Adenosarkome der Niere zusammengefaßten Gruppe von Geschwülsten. Grätzer.

Bindo de Vecchi, Doppelseitiges Nierensarkom mit chromaffinen Zellnestern. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 2.) Bei der Sektion eines 1 Jahr 7 Monate alten Knaben, der an einer Bronchopneumonie, verbunden mit leichten Nierenstörungen gestorben war, fand sich beiderseits eine das Nierenbecken teilweise einnehmende, die Papillen halskrausenartig umgebende, die Nierensubstanz aber freilassende Geschwulst. Mikroskopisch besitzt sie einen sarkomatösen Bau, der dadurch eine Komplikation erfährt, daß sich in dem Tumor typische, chromaffine Zellnester finden. V. rechnet deshalb den Tumor zu den bösartigen Mischgeschwülsten der Niere und leitet ihn von versprengtem embryonalen Gewebe ab, das entlang den Nierenvenen

an die Stelle der Tumorbildung gelangt ist. Da an den chromaffinen Zellen deutliche Zeichen von Degeneration vorhanden waren, so macht V. auf die Wichtigkeit seiner Beobachtung für die Deutung weiter entwickelter, ähnlicher Nierengeschwülste aufmerksam. Denn wenn die Tumorentwicklung noch weiter vorgeschritten gewesen wäre, so würde die Geschwulst infolge vollkommenen Schwundes der chromaffinen Zellen den Aufbau eines einfachen Sarkoms gezeigt haben.

Bennecke (Marburg).

G. Araoz Alfaro et **Manuel A. Santas** (Buenos-Aires), Les sarcomes viscéraux chez les enfants. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1905.) Abgesehen von den Hydatidenzysten, welche im Vaterlande der Verff. sehr häufig vorkommen, sind die Sarkome die am meisten beobachteten Tumoren des Kindesalters. Die Verff. haben in den letzten Jahren unter mehreren Tausend Kindern 10 Sarkomfälle beobachtet und zwar:

		Fälle
Im Alter von	2—3 Jahren	1
" " "	3—5 "	4
" " "	5—10 "	4
" " "	10—11 "	1

Unter 2 Jahren kommen keine Sarkome vor.

Bezüglich der Lokalisation waren:

	Fälle
Mesenterialsarkome . . .	4
Nierensarkome	2
Kleinhirnsarkome	2
Darmsarkom	1
Lungensarkom	1

In allen diesen Fällen, mit Ausnahme des Kleinhirnsarkoms, welches ein Gliosarkom war, handelte es sich um kleinzellige Rundzellensarkome.

Eine eigentliche Symptomatologie haben diese malignen Geschwülste nicht, da eine wirkliche Kachexie nicht zu beobachten ist und die Abmagerung erst gegen das Ende hin ausgesprochen ist. Infolgedessen kann man die Diagnose nur darauf stützen, daß ein schnell wachsender Tumor gefunden, welcher je nach Sitz mehr oder weniger hervortretende Kompressionserscheinungen bewirkt und, daß ein solcher Tumor beim Kinde meist sarkomatöser Natur ist. In einem einzigen Falle konnten die Verff. hohes, unregelmäßiges Fieber bei einem Lungensarkom beobachten. Die Prognose ist eine sehr schlechte. In allen Fällen, in welchen ein operativer Eingriff versucht worden ist, konnte derselbe infolge der ausgebreiteten Verwachsungen nicht zu Ende geführt werden und alle Kinder gingen zugrunde. Der Verlauf ist meist ein sehr rascher; von obigen Fällen dauerten nur zwei 1 Jahr oder etwas mehr, die anderen evoluierten innerhalb 2 bis 6 Monaten.

E. Toff (Braila).

Fr. Rudolf, Ein Fall von stielgedrehtem Sarkom des Ovarium. (Aus dem k. k. Krankenhause Wieden bei Wien.) (Wiener

klin. Rundschau. 1905. Nr. 14.) 11jähriges Kind wurde mit der Diagnose „Appendicitis" eingebracht; es hatte vor 3 Tagen plötzlich heftige Schmerzen im Leib bekommen, dann erbrochen usw. Man erkannte, daß man es mit einem Tumor zu tun hatte, und die Operation deckte einen mannsfaustgroßen Tumor des einen Ovariums auf, dessen Stiel $1^1/_2$ mal um seine Längsachse gedreht erschien. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom. Die Diagnose eines solchen Falles kann tatsächlich anfangs schwierig sein, da die Symptome einer Appendicitis das Bild beherrschen können. Später klärt sich meist die Situation; im obigen Falle waren die Derbheit und Verschieblichkeit des Tumors bei medialer Lage, die Größe mit Rücksicht auf die Dauer der akuten Krankheitserscheinungen Momente, welche diagnostisch zu verwerten waren. Grätzer.

L. Strominger, Ausgebreitetes Angiom der linken Hirnhälfte. (Spitalul. 1905. Nr. 6.) Der an Hemiplegia infantilis leidende Patient bot einen Naevus vascularis der linken Gesichtshälfte dar, welcher sich über die Stirne bis zur Parietalnaht, die Nasenhälfte, das linke Ohr und die Oberkiefergegend erstreckte. Die Nekropsie zeigte, daß auch die Meningen der betreffenden Hirnhälfte eine bedeutende Verdickung und abnorme Vaskularisation aufwiesen, also gleichsam denselben Prozeß, den man auf dem Gesichte sah. Diese Hirnhemisphäre war viel kleiner, als die andere, auch waren die Windungen viel weniger entwickelt. E. Toff (Braila).

Lichtheim, Über Kleinhirnzysten. (Aus der medizin. Klinik in Königsberg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 28.) L. führt zwei Fälle vor, einen 12- bzw. 14jährigen Knaben, die beide eine Kleinhirnzyste haben. Für die Diagnose leistete die Hirnpunktion sehr wertvolle Dienste. Im ersten Falle lagen keine Zeichen vor, die die Erkennung der kranken Seite erleichterten; die Punktion gab sofort Aufschluß. Im zweiten Falle war die Erkrankung der linken Seite sehr wahrscheinlich, immerhin war auch hier das Resultat der Punktion eine erwünschte Bestätigung dieser Annahme. Auch therapeutisch wirkt die Gehirnpunktion recht günstig ein, aber die Erfahrung, daß gerade Kleinhirnzysten sehr häufig zum plötzlichen Tode führen, läßt es ratsam erscheinen, eine dauernde Eröffnung der Zysten auszuführen. Obige beiden Fälle wurden auch mit gutem Erfolge operiert; im zweiten Falle allerdings erst als die Stauungspapille in Sehnervenatrophie übergegangen war. Um dies zu vermeiden, muß die Operation so früh wie möglich ausgeführt werden; die Hirnpunktion ermöglicht die frühe Diagnose. Grätzer.

G. A. Sutherland und **E. Holland,** Gliom der Brücke. (Brit. journ. of children's diseases. Mai 1905.) Der betreffende, $6^1/_2$ jährige Knabe hatte vor 6 Wochen einen Ziegelsteinhieb auf das Hinterhaupt erhalten; 3 Wochen später trat, nachdem die ganze Zeit über Schmerzen im Hinterhaupte geklagt worden war, Strabismus des rechten Auges auf. Das Sprechen wurde schwach und undeutlich, es entwickelten sich auch linksseitiger Strabismus, unsicherer Gang, Schluckbeschwerden, Speichelfluß und eine Lähmung der rechten Ge-

sichtshälfte. Fortschreitend wurde das ganze Innervationsgebiet des Abducens und Facialis gelähmt. Der Gang war taumelnd, mit Neigung nach vorne hin zu stürzen, auch bestand Unmöglichkeit, mit geschlossenen Augen aufrecht zu stehen. Die Bewegungen der Zunge waren normal, hingegen war das Gaumensegel paretisch und unempfindlich, die Sprache näselnd. Augen und Ohren normal, die Sehnenreflexe gesteigert. Während der ganzen Zeit hatten Kopfschmerzen rechts hinten bestanden. Endlich trat unter Herz- und Respirationsschwäche der Tod ein. Die Nekropsie ergab ein Gliom der Brücke, namentlich der rechten Hälfte; dasselbe erstreckte sich nach rechts hinten auch auf das Rückenmark. Außerdem war ein Abducens und Facialis von der Neubildung komprimiert, bzw. ganz in derselben aufgegangen. Die Ventrikel waren dilatiert und der Boden des vierten Ventrikels durch Druck abgeplattet.

E. Toff (Braila).

Stertz, Ein Beitrag zur Kenntnis der multiplen kongenitalen Gliomatose des Gehirns. (Aus dem pathol. Institute der Universität Freiburg i. B.) (Beitrag z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 1.) Es handelt sich um einen zufälligen Sektionsbefund bei einem 6 Monate alten Mädchen, der als kongenitale Mißbildung aufgefaßt wird.

Auf das Großhirn beschränkt, aber unter Beteiligung aller Rindengebiete — auch der motorischen Sphären — finden sich neben anscheinend normalen Hirnwindungen die knorpelhart anzufühlenden, plumpen, eine verwachsene Zeichnung aufweisenden, etwas livide gefärbten veränderten Gyri. Auf Durchschnitten besteht zwischen Rinde und Mark keine scharfe Grenze. An gefärbten Schnitten läßt sich makroskopisch erkennen, daß die Markstrahlen schon vor Eintritt in die Rinde „büschel- und fontainenartig“ sich auffasern.

Mikroskopisch handelt es sich, wie durch spezifische Färbungen nachgewiesen ist, um eine Neubildung nur von Gliagewebe, die von der Rinde nach dem Marke zu an Mächtigkeit abnimmt und in der Nähe des Ventrikelepithels allmählich in normales Gewebe übergeht. Eine sicher nachweisbare Abnahme der nervösen Elemente, auch in den höher gelegenen Rindenpartien ließ sich nicht konstatieren; die Fasern weisen nur einen abnormen Verlauf auf. Im Bereiche der Gliawucherung, nach dem Marke zu an Zahl abnehmend, finden sich große, zum Teil Degenerationszeichen aufweisende Ganglienzellen nicht unähnliche Zellen mit langen Fortsätzen, die vielfach in Gruppen zusammen liegen. Sie sind charakteristisch für die vorliegende Mißbildung. Ihre Entstehung wird im Anschluß an die Schapersche Lehre von der Entwicklung der Ganglien- und Gliazellen so erklärt, daß sie die mißbildeten Formen der noch in der Differenzierung zu Ganglien- bzw. Gliazellen begriffenen indifferenten Elemente der ursprünglichen Ependymzellen darstellen.

Aus der Literatur werden zwei Fälle angeführt.

Bennecke (Marburg).

Jenö Kollarits, Neubildung der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie. (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 37.) Das 17 Jahre alte

Mädchen wurde 1902 mit Lues, Cephalalgie, Schwindel, Erbrechen und rechtsseitiger Abducensparalyse auf der Klinik aufgenommen. Gegen die manifeste Syphilis wurde eine energische Hg-Behandlung eingeleitet. Paresis nervi oculomotorii utriusque lat. und Ptosis entwickelten sich in kurzer Zeit. In einem Monate zeigten sich öfters Anfälle in Form tonischer Krämpfe, Bewußtlosigkeit und Atembeschwerden. März 1903 Paral. nerv. access. lat. dext., im Auswurf bacilli Koch. Mai 1903 Exitus. Sarcoma hypophyseos et tuberculosis war bei der Sektion ersichtlich. Die Symptome der Akromegalie fehlten.

Ernö Deutsch (Budapest).

Berger, Fall von Tumor der Hypophysengegend mit Obduktionsbefund. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 54. Heft 5 u. 6.) Bei einem 14 jährigen Knaben entwickelten sich allmählich starke Hirndruckerscheinungen, welche das Vorhandensein eines Hirntumors wahrscheinlich machten. Von Herdsymptomen bestand eine wechselnde rechtsseitige Facialisparese und Sehstörungen, die in einer raschen Aufeinanderfolge von Amaurose und Sehen bestanden. Dazu kamen sehr eigentümliche trophische Störungen, insonderheit Persistieren des infantilen Habitus, Stehenbleiben im Größenwachstum, Zunahme des Fettreichtums, Haarausfall und Sprödigkeit der Haut. Diese Störungen in Verbindung mit der Sehstörung legten die Vermutung nahe, daß der Tumor in der Nähe der Glandula pituitaria gelegen sei. In der Tat fand sich bei der Sektion hinter dem Chiasma ein Tumor, der gegen die Hypophyse prominierte, und von dessen unterer Zirkumferenz der Hypophysenstiel abging.

Freyhan (Berlin).

Wätzold, Ein Peritheliom des Plexus chorioideus des linken Seitenventrikels. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 36. Heft 2.) Die Geschwulst stammt von der hinteren Hälfte der linken Großhirnhemisphäre eines $4^1/_2$ jährigen Mädchens und hatte erst 9 Monate vor dem Tode Symptome hervorgerufen. Sie zeigte keinen Zusammenhang mit der Gehirnsubstanz und wog, in Spiritus aufbewahrt, 160 g. Mikroskopisch handelt es sich um ein Peritheliom, ausgegangen von den Bindegewebszellen des Plexus chorioideus. In der Literatur sind nur vier, dem vorliegenden ähnliche Tumoren bekannt. Sie fanden sich meist bei Kindern; einmal wurden sie bei Schwestern beobachtet.

Bennecke (Marburg).

Gredig, Über eine Entwicklungsstörung im Kleinhirn in einem Fall von Spina bifida lumbosacralis. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 3.) Bei einem 10 Tage alten, atrophischen Kinde fand sich eine Myelomeningocele sacralis posterior und Veränderungen am Kleinhirn, besonders dem Darme, sowie an der Medulla, die G. mit der Mißbildung des Rückenmarkes in Verbindung bringt. Die Kleinhirnveränderungen in diesem Referate auseinander zu setzen ist nicht möglich. Interessant ist der Fall besonders auch dadurch, daß er sich Beobachtungen von Ernst anschließt, der ähnliche Verhältnisse auch bei Erwachsenen fand. Es können also schwere Kleinhirnmißbildungen ganz symptomlos bestehen. G. weist auf die Wichtigkeit dieser Beobachtung für operativ behandelte Fälle von Spina bifida

hin. Im vorliegenden Falle war es möglich mit annähernder Sicherheit die teratogenetische Terminationsperiode (Schwalbe) zu bestimmen.

Bennecke (Marburg).

Jones, A case of extreme microcephaly, with ape-like movements. (British Journ. of Childrens Diseases. Vol. II. Nr. 5. S. 214.) Das von J. beobachtete 7 jährige Mädchen hatte einen Schädelumfang von ca. 33 cm. Im übrigen war es körperlich gut entwickelt. Es sprach nicht; seine geistigen Fähigkeiten waren aber nicht so herabgesetzt, wie man das bei dem geringen Umfang des Schädels erwarten sollte. Beachtenswert waren an dem Mädchen noch gewisse Bewegungen, wie sie Affen ausführen.

Schreiber (Göttingen).

Robert Quest, Über den Kalkgehalt des Säuglingsgehirns und seine Bedeutung. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Aus den Untersuchungen ergeben sich zwei Resultate: einmal die Tatsache, daß der Kalkgehalt im Gehirn des Neugeborenen relativ hoch ist und in der weiteren Entwicklung in gesetzmäßiger Weise abnimmt und zwar in den ersten Lebensmonaten rapider, dann allmählicher. Des weiteren, daß die Gehirne von tetaniekranken Kindern im Vergleiche mit den von tetaniefreien einen auffallend geringen Kalkgehalt aufgewiesen haben.

Hecker.

Aladár Schütz, Zur Kenntnis der natürlichen Immunität des Kindes im ersten Lebensjahre. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Die Versuche, bei welchen einerseits ausgeheberter Magensaft von Kindern und andererseits Frauenmilch mit Diphtherie-Toxinbouillon zusammengebracht und die Veränderung in der toxischen Kraft der letzteren an Meerschweinchen geprüft wurde, lieferten u. a. das Ergebnis, daß die Frauenmilch keine nennenswerte antitoxische Wirksamkeit gegenüber dem Diphtheriegift besitzt. Die Eigenschaft des Magensaftes, Diphtherietoxin zu entgiften, ist bei Säuglingen individuell verschieden und unabhängig vom Alter, der Ernährung und dem Ernährungszustande des Kindes. Der Mageninhalt verliert durch Aufkochen seine entgiftenden Eigenschaften. Hohe Aziditätsgrade des Mageninhaltes können möglicherweise die Wirkung von Diphtherietoxin anschwächen. Abgesehen von der kongenitalen ist die natürliche Immunität des Kindes, wie die Erfahrung zeigt, hauptsächlich in seinem Gedeihen begründet und unabhängig von der Nahrung.

Hecker.

G. B. Allaria (Turin), Essai sur les propriétés physico-chimiques et sur la physiogenèse du liquide cérébro-spinal. (Archives de méd. des enf. Avril-Mai 1905.) Der Verf. hat an Zerebrospinalflüssigkeit, die er von Kindern in 24 Fällen und von Erwachsenen in zwei Fällen durch Lumbalpunktion gewonnen hatte, eingehende, namentlich kryoskopische Untersuchungen angestellt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt, die teils seine eigenen Ansichten, teils diejenigen anderer Autoren wiedergeben. Der subarchnoideale Raum ist ein großer Lymphweg, in welchem sich eine spezielle Lymphe, die Zerebrospinalflüssigkeit ansammelt, welche als Bindemittel für die Ernährungsfunktionen zwischen dem Blute und den Zellen des Myelo-

encephalums, dient. Diese Flüssigkeit, welche aus dem Blute der Kapillaren des Plexus choroideus und der Pia abstammt, empfängt alle Abfallsstoffe aus dem Metabolismus der encephalischen Gewebe. Die katabolischen Produkte, welche sich in dieselbe ergießen, haben eine Neigung, die molekulare Konzentration derselben zu erhöhen und das Gleichgewicht zwischen der Zerebrospinalflüssigkeit und dem Blute zu stören. Dadurch wird ein kontinuierlicher osmotischer Strom von Wasser aus dem Blute in diese Flüssigkeit hervorgerufen, wodurch auch die Bildung derselben, in Verbindung mit den von Roth angeführten Erscheinungen von Filtration und Diffusion für die Lymphogenese, zu erklären ist. Die physiko-chemischen Gesetze genügen zum größten Teile, um die Bildung und Zusammensetzung dieser Flüssigkeit zu erklären, und wenn gewisse Phänomene unerklärlich bleiben, so ist es nicht notwendig für dieselben vitalistische Suppositionen heranzuziehen, sondern vielmehr anzunehmen, daß unsere physikalischen Hilfsmittel noch nicht genügend ausgebildet sind, um alle organischen Phänomene künstlich herzustellen und zu durchforschen.

In klinischer Beziehung hat die Untersuchung der molekularen Konzentration der Zerebrospinalflüssigkeit noch keine besondere Wichtigkeit erlangt, da dieselbe die Schwankungen des Blutes mitmacht, also durch die Untersuchungen des letzteren ersetzt werden kann. Nur bei tuberkulöser Meningitis kann man insofern eine Stütze für die Diagnose finden, als sehr oft, aber nicht immer, die molekulare Konzentration des Liq. cerebro-spinalis erheblich herabgesetzt ist.

E. Toff (Braila).

Griffith, Notes on a case of cerebellar abscess following on punctured wound of skull-operation-recovery. (The Scottish med. and surg. Journ. 1905. S. 412.) Der 7jährige Patient war etwa 14 Tage zuvor beim Spielen in einen Fleischhaken gefallen und hatte sich eine unbedeutende Verletzung an der rechten Seite des Hinterkopfes zugezogen, dann erkrankte er plötzlich unter Gehirnerscheinungen. Bei der Trepanation fanden sich kleine Knochensplitter in der Dura mater und ein Abszeß in dem rechten Kleinhirnlappen, der eröffnet wurde. Nach etwa 4 Wochen wurde der Knabe gesund entlassen.

Schreiber (Göttingen).

F. Steinhaus, Corynebacterium pseudodiphthericum commune als Erreger eines Hirnabszesses. (Aus dem Dortmunder hygienisch-bakteriolog. Institut). (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.) Der Hirnabszeß trat bei einem 12jährigen Kinde nach Otitis media purulenta auf. Zum ersten Male gelang es hier, das genannte Bakterium als Erreger des Abszesses nachzuweisen.

Grätzer.

Spielmeyer, Ein hydrancephales Zwillingspaar. (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkr. Bd. 39. Heft 2.) Verf. will einen Beitrag bringen zur Kasuistik der früh erworbenen Hirndefekte.

Es handelt sich um ein Zwillingspaar, von dem das eine Kind am zweiten, das andere am siebenten Tage nach der Geburt starb, ohne bei Lebzeiten Hirnsymptome geboten zu haben. Bei beiden Kindern

liegt ein verschieden ausgedehnter Hirndefekt vor; irgendwelche rachitische Hemmungsbildungen fehlen. Im Fall I ist außer dem Großhirn auch Stammhirn bis zur hinteren Grenze des Diencephalon in den Substanzverlust einbezogen, im Fall II sind noch Reste von Thalamus und vom Hippocampus ihrer Lage und Konfiguration nach kenntlich; das übrige Stammhirn mit dem Cerebellum zeigt keine makroskopische Veränderung. Der Hirndefekt ist größtenteils durch seröse Flüssigkeit ersetzt, in welcher bei Fall II noch Spuren alter Blutungen nachweisbar waren. Die Meningen sind bei Fall I größtenteils zerstört, bei Fall II bilden sie einen stark vaskularisierten Sack. Überall erhebliche Gefäßfüllung und kavernöse Erweiterung der meningealen Blutbahnen.

Es entsprechen diese Mißbildungen den „Hydranencephalien“ Cruveilhiers.

Die Ursache der Hydranencephalien bei dem erwähnten Zwillingspaare erblickt Verf. in einem hämorrhagischen Zerstörungsprozeß, der teils durch direkte Zertrümmerung des nervösen Gewebes, teils durch die aus der Zirkulationsstörung resultierende Nekrose den Substanzverlust bewirkte. Dieser hämorrhagische Prozeß hat mit einem arteriitischen, thrombotischen und embolischen Gefäßverschluß nichts zu tun; er stellt sich auch nicht als Begleiterscheinung einer Encephalitis dar. Vielmehr ist seine Entstehung bedingt durch die enorm dünne Gefäßwandung und vor allem durch die ausgesprochene Tendenz der Blutgefäße, zu kavernösen Hohlräumen zusammenzufließen. Ihre Ausbreitung hat diese Gefäßanomalie in den Blutleitern, die dem Plexus angehören, und besonders in denen, die ihren Weg auf mehr weniger lange Strecken in den meningealen Maschenräumen nehmen.

Kurt Mendel (Berlin).

Morton, A case of hydrocephalus in which drainage of the ventricles into the subdural space was established. (Brit. journ. of childrens diseases. 1905. S. 387.) M. hat bei einem 7 Monate alten Kinde die von Cheyne und Sutherland zur Heilung des Hydrocephalus empfohlenen Operationen (Herstellung einer Kommunikation zwischen Ventrikel und Subduralraum zwecks Herbeiführung einer Resorption durch die Meningealvenen) ausgeführt, aber ohne jeden Erfolg, wie die ausführliche Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll beweisen.

Schreiber (Göttingen).

P. Sorgente, Über die Ätiologie dreier Fälle von chronischem Hydrocephalus. (La Pediatria. IV. 1905.) Im Liquor cerebrospinalis der drei Fälle fand sich konstant ein Diplococcus mit den charakteristischen Merkmalen des Meningococcus vom Typus Weichselbaum in zwei Fällen, vom Typus Jäger-Heubner in einem Fall. In dem einen Fall wurde durch Hg und Jod und Lumbalpunktionen beträchtliche Besserung erzielt.

F.

Göppert, Drei Fälle von Pachymeningitis haemorrhagica mit Hydrocephalus externus. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 1.) Bei zweien der Fälle konnte als Ursache ein Trauma nachgewiesen werden. Alle drei Fälle zeigen als wichtiges Symptom

des akuten Anfalles große Netzhautblutungen mit und ohne Stauungspapille. Entgegen Ponfick, welcher die Blutungen bei dieser Pachymeningitis für sekundäre, infolge wiederholter Spinalpunktionen eingetretene hält, beweist G., daß die Erkrankung von vornherein einen hämorrhagischen Charakter trug. Heilung ist im ersten Stadium nicht ausgeschlossen. Die Diagnose ist im ersten Anfalle gegenüber Hydrocephalus mit Wahrscheinlichkeit dann zu stellen, wenn die Spinalpunktion leicht blutig gefärbte Flüssigkeit ergibt, oder bei seröser Spinalflüssigkeit ohne Spinnwebegerinnsel prompte Besserung herbeiführt. Das zweite Stadium verrät sich durch stark blutige Punktionsflüssigkeit. Hier ist von der Ausführung der Spinalpunktion nichts mehr zu erwarten.

Hecker.

Hirschel (Heidelberg), Kasuistischer Beitrag zur Trepanation bei Meningitis. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 2.) H. beobachtete einen Fall von zirkumskripter eitriger Meningitis, bei welchem die Trepanation vorübergehende Besserung brachte. Der Exitus erfolgte, wie die Sektion nachwies, infolge von Hämorrhagien und Thrombosen im Bereich der Zentralwindungen, die auch bereits einige Erweichungsherde aufwiesen.

Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

P. Haushalter (Nancy), Psychose transitoire chez un enfant, avec troubles du langage, à la suite d'une méningite aiguë. (Archives de méd. des enf. Mai 1905.) Es handelte sich um einen 10jährigen Knaben, welcher durch einige Tage Symptome einer akuten Meningitis gezeigt hatte, bestehend in Phasen zerebraler Exzitation, von Konvulsionen und Koma. Dieselben besserten sich dann und verschwanden, so daß man 15 Tage später keinerlei Zeichen einer durchgemachten Meningitis beobachten konnte, hingegen hatte sich ein Zustand von Stupor, Gedankenkonfusion und Automatismus entwickelt. Im Anfange der intelektuellen Störungen hatten auch Symptome von Aphasie und Schreibstörungen bestanden, welche mit der fortschreitenden Besserung der Psychose ebenfalls besser wurden.

Aphasie und Psychosen können als Folge verschiedener infektiöser Krankheiten auftreten, wie Typhus, Pneumonie, Influenza, verschiedener fieberhafter, eruptiver Erkrankungen usw., doch ist das Vorkommen derselben nach Meningitis nicht erwähnt worden, da man nach dieser Krankheit gewöhnt ist nicht vorübergehende, sondern definitive Psychopathien zu beobachten.

Es wäre banal zu wiederholen, daß auch diese Psychose auf einer Toxi-Infektion des Nervensystems beruhe, da man die essentiellen Ursachen und den intimen Mechanismus des Zustandekommens derselben nicht kennt.

E. Toff (Braila).

F. Lesné et **Gaudeau** (Paris), Un cas de chorée mortelle par meningite aiguë à staphylocoque. (Archives de méd. des enfants. Octobre 1905.) Ein 10jähriger Knabe war infolge eines Schreckens an Chorea erkrankt. Die Symptome waren anfangs leichte, es bestand kein Fieber und war auch sonst das Allgemeinbefinden ein gutes. Mit der Zeit wurde die Unruhe immer größer, die Nacht-

ruhe wurde ebenfalls gestört, es traten Hautgeschwüre auf und am 17. Krankheitstage wurde die Temperatur febril und stieg rasch bis auf 40°, während der Puls 150—160 Schläge betrug. Es bestand tiefe Prostration und bei der geringsten Berührung traten die choreatischen Bewegungen mit großer Heftigkeit auf. Nach einigen Tagen konnte man Nackensteifigkeit, ohne Kernigsches Zeichen feststellen und die Lumbalpunktion ergab eine trübe, eitrige Flüssigkeit, in welcher man Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkulturen fand. Sowohl am Anfange der Krankheit, als auch vor Beginn des Fiebers ergab die Punktion klare, sterile Zerebrospinalflüssigkeit. Es trat nach kurzer Zeit Exitus auf, und obwohl die Sektion nicht gemacht werden konnte, so war doch die Diagnose festgestellt, daß es sich um eine Komplikation der Chorea mit auf Staphylokokken beruhender Meningitis gehandelt hatte.

Die Ätiologie dieser letzteren Erkrankung ist schwer festzustellen, doch ist es möglich, daß es sich um eine Infektion, ausgehend von den zahlreichen Schleimhaut- und Hautwunden, welche der Kranke sich durch seine unwillkürlichen Bewegungen zuzog, gehandelt hat.

E. Toff (Braila).

Jean P. Cardamatis (Athènes), Contribution à l'étude des méningites chez l'enfant. (Archives de méd. des enf. Juin 1905.) Im Verlaufe verschiedener entzündlicher Erkrankungen treten oft Symptome auf, welche große Ähnlichkeit mit denjenigen der tuberkulösen Meningitis haben und zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können. Dupré hat diese Zustände mit dem Namen Meningismus bezeichnet und die Ansicht ausgesprochen, daß es sich wohl um die Symptomatologie der tuberkulösen Meningitis handle, daß aber anatomische Läsionen der Hirnhäute fehlen. C. tritt dieser Ansicht entgegen und hebt hervor, daß nichts zur Annahme berechtige, eine Pseudomeningitis oder einen Meningismus anzunehmen, da häufig derartige als leicht angesehene Fälle tödlich enden, andererseits selbst tuberkulöse Hirnhautentzündungen in Heilung übergehen können. Man muß auf Grund mannigfacher Erfahrungen annehmen, daß es sich in allen Fällen mit meningitischen Symptomen um wahre Meningitis handle, daß es aber leichte und schwere Formen gibt, welche auch die Prognose in verschiedener Weise bestimmen.

Als prädisponierend für die Entzündungen der Meningen kann man nervöse Krankheiten betrachten, welche auf verschiedenen Ursachen, namentlich auf Alkoholismus beruhen. Die neuropathische Veranlagung der Eltern und der Alkoholismus derselben üben, als prädisponierende Momente einen großen Einfluß auf die Entwicklung der Meningitiden aus.

Die akute Meningitis findet man am häufigsten im Säuglingsalter, die tuberkulöse während der ersten 5 Jahre, aber öfters während der ersten 12 Monate.

Im Laufe gastro-intestinaler Infektionen treten, namentlich während der heißen Sommermonate, akute Entzündungen von seiten der Hirnhäute auf, doch findet man dieselben auch im Frühling, wenn die Temperatur plötzlich ansteigt.

Die häufigste Meningitisform ist die leichte, derart, daß die Krankheit fast unbemerkt vorübergeht, indem die Kinder leichte Konvulsionen und ein vorübergehendes Koma darbieten können.

E. Toff (Braila).

R. Voisin, Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire. (Inaugural-Dissertation. Paris 1904.) Meningeale Reizungen und Meningitiden sind im Laufe von Pneumonien und anderen Erkrankungen der Respirationsorgane bei Kindern keine seltenen Erscheinungen. Die Infektion wird durch die Blutbahn fortgeleitet und wirkt auf die Hirnhäute entweder durch direkte Überimpfung der pathogenen Mikroorganismen, oder durch ihre Toxine ein. Sehr oft werden während des Lebens schwere meningeale Symptome beobachtet und bei der Nekropsie findet man nichts Besonderes, andere Male bestehen Veränderungen ohne deutliche krankhafte Erscheinungen. Auch die cephalo-rachidiane Flüssigkeit gibt nicht immer einen sicheren Fingerzeig der bestehenden Veränderungen; dieselbe kann bedeutende Modifikationen darbieten ohne gleichzeitiges Bestehen von entsprechenden meningitischen Symptomen. Um zu erklären, warum relativ leichte Veränderungen an den Meningen zu schweren Hirnerscheinungen Veranlassung geben können, muß eine angeborene oder erworbene Prädisposition der nervösen Zelle angenommen werden.

E. Toff (Braila).

C. Menschig (Tost), Ein Beitrag zur Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 40.) 1895 hat Vohryzek einen Fall von Genickstarre publiziert, in welchem Pilokarpin (0,07 : 200,0, stündlich 1 Eßlöffel) sich bewährte. M. behandelte nun fünf Fälle (2 Kinder zu 4 Jahren, 3 Kinder zu 3, 6, 9 Jahren) ebenfalls mit Pilokarpin; er gab aber mit Rücksicht auf das Alter der Kinder nur 0,03—0,04 : 200,0 Aq. dest., 1—2—3 stündl. 1 Kinderlöffel, dann wartete er, bis der Schweißausbruch, bis zu dem man das Pilokarpin gereicht hatte, wieder vorüber war, worauf das Medikament weiter gegeben wurde. Es wurde nie mehr wie eine Flasche gegeben; Kollaps trat nie auf. Es handelte sich um sehr schwere Fälle von Genickstarre, abgesehen von einem Falle. Nur ein Fall, welcher sich der Behandlung entzog, endete letal, die übrigen genasen vollständig. Die Wirkung des Pilokarpins, welches stets starken Schweiß hervorrief, bestand wohl hauptsächlich in Herabsetzung des Gehirndrucks; vielleicht hat die bedeutende Wasserabgabe aus dem Blute eine Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit zur Folge, und das Blut zerstört dann die Meningokokken und deren Toxine. Jedenfalls scheinen weitere Versuche mit Pilokarpin am Krankenbett berechtigt.

Grätzer.

C. G. Stockton, Treatment of Cerebro-Spinal Fever. (Pediatrics. May 1905.) Das epidemische Auftreten der Genickstarre in Neuyork hat eine Reihe von Arbeiten über dasselbe veranlaßt.

Verf. kritisiert die üblichen Behandlungsmethoden und empfiehlt folgendes Verhalten:

Das Kind soll absolute Ruhe genießen. In einem großen gut gelüfteten, verdunkelten Zimmer ist es am besten aufgehoben. Die

verschiedenen Ausscheidungsorgane sollen überwacht und zu ihren natürlichen Funktionen angeregt werden. Heiße Bäder nach Aufrechts Methode dürfen vorzugsweise gegeben werden. Falls die Erfolge nicht ausbleiben, kann man sie fortsetzen. Dasselbe gilt von der Lumbalpunktion.

Von Medikamenten ist Antipyrin gegen Fieber und die nervösen Erscheinungen wirksam. Daneben kommen Opiate und Bromsalze, sowie Kalomel zur Anwendung.

Wie man sieht, hat unsere Behandlung der Zerebrospinalmeningitis bis jetzt keine radikale Änderung erfahren. Leo Jacobi (Neuyork).

R. Cruchet, Klinische Entwicklung und Diagnose der tuberkulösen Meningitis bei Säuglingen. (La Clinica Moderne. 8. Febr. 1905.) Bericht über den Fall eines 10 Monate alten Kindes, bei dem nach voraufgegangenen Darmstörungen Konvulsionen und ein Zustand halben Komas auftrat. Dann stellten sich Strabismus, träge Reaktion der Pupillen, Dyspnoe, Gespanntheit der Fontanellen, Erbrechen ein. Im Anschluß an den Fall werden die Schwierigkeiten, die bei Säuglingen oft die Diagnose bietet, erörtert. F.

Cesare Cattaneo, Bakteriologischer Befund in einem Fall von eitriger Meningitis. (La Pediatria. VIII. 1905.) Der vom Verf. bei einem an eitriger Meningitis gestorbenen 21 Monate alten Kinde gefundene Mikroorganismus ähnelt in seinem kulturellen Verhalten am meisten dem von Neumann-Schäfer bei einem Mann, der an Meningitis zugrunde gegangen war, gefundenen und von ihnen B. M. purulentae genannten Bazillus (Virchows Archiv. Bd. 109. S. 471.) F.

Krönig, Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die exsudative syphilitische Meningitis. (Dermatolog. Zentralbl. IX. Heft 1.) Verf. hat in zwei eklatanten Fällen von exsudativer syphilitischer Meningitis durch eine teilweise Entleerung der Exsudate (7—8 ccm) definitive Heilung erzielt, wo trotz intensiver Anwendung von Quecksilber und Jodpräparaten eine Resorption nicht zustande kommen konnte. Nach Ansicht K.s ist der Nutzeffekt einer Lumbalpunktion lediglich ein physikalischer: Sie kann nur wirken, wo es gilt, überdehnte und deshalb ihrer resorptiven Kräfte beraubte Membranen durch Entnahme einer gewissen Quantität der von ihnen umschlossenen Flüssigkeitsmenge zu entspannen. K. spricht sich dabei dahin aus, daß sogar bei gänzlichem Mangel ophthalmoskopischer Erscheinungen die Anwesenheit selbst umfangreicher meningitischer Exsudate niemals ausgeschlossen werden kann. — Die Lumbalpunktion wird mithin zunächst zum Zwecke einer Druckmessung gemacht. Übersteigt der Druck die Normaldruckhöhe um ein Bedeutendes, so wird Flüssigkeit abgelassen, bis der Normaldruck hergestellt ist. — Der Normaldruck stellt sich bei horizontaler Seitenlage im Durchschnitt auf 125 mm (zwischen 110—150), bei sitzender Stellung auf 410 mm (zwischen 350—450). Das Abströmen des Liquor cerebri erfolgt im Liegen tropfenweise, im Sitzen sprudelnd und spritzend. Die Pulsationsschwankungen im Manometer betragen beim normalen Radialpulse 2—5 mm.

Die Lumbalpunktion wird mit dem K.schen Punktionsapparate in horizontaler Seitenlage unter möglichst verlustloser in Kapillaren vorzunehmender Druckmessung unter genauer Beobachtung der pulsatorischen Schwankungen und tropfenweiser, die untere physiologische Grenze nicht überschreitender Entleerung des Liquor vorgenommen, und stellt unter diesen Kautelen einen harmlosen Eingriff dar.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

v. Behm, Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda beider Ohrlabyrinthe. (Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. 67. Heft 1.) Bericht über eine besonders schwere Form von hereditärer Syphilis, welche durch luetische Prozesse im Mittelohr, Tuba und Hals kompliziert war. Bei einem 20 jährigen Mädchen war plötzlich über Nacht eine Ertaubung auf dem linken Ohre aufgetreten, nachdem sich seit $^1/_2$ Jahre eine allmählich zunehmende Schwerhörigkeit auf dem anderen Ohre eingestellt hatte. Der Trommelfellbefund war rechts negativ, links war der Hammergriff am Promontorium adhärent. Bei dem charakteristischen Nebenbefund in der Nase — es bestand Perforatio sept. und teilweise Verwachsung der Uvula mit der hinteren Wand des Gaumensegels — wurde eine Schmierkur angeordnet mit dem Resultat, daß Flüstersprache, welche vor der Behandlung rechts dicht am Ohr, links gar nicht verstanden wurde, nach der Behandlung rechts auf 6 m, links auf 3 m gehört wurde. Von sonstigen Zeichen einer hereditären Lues war nichts zu entdecken. Das hereditär-luetische Labyrinthleiden beginnt meistens völlig schmerzlos und schleichend, und führt in 6—8 Wochen, mitunter auch erst in 1—2 Jahren zur Taubheit, und zwar meist doppelseitig.

In diesem Falle trat nach einem Jahre links ein Rezidiv auf, zugleich bestand am linken Tubenwulst ein erbsengroßes, schmierig belegtes Ulcus. Auch diese Erscheinungen gingen nach einigen Wochen nach einer Schmierkur prompt zurück. Eine Heilung ist im allgemeinen nur zu erwarten, wenn der Kranke sofort oder bis spätestens 6 Wochen nach dem Eintritt der Erkrankung in Behandlung kommt. In diesem Falle ist es besonders bemerkenswert, daß das Gehör nach solange bestehender Schwerhörigkeit wiederhergestellt wurde, während man sonst eine Wiederherstellung des Gehörs mit Sicherheit nie im voraus sagen kann, ja bei den luetischen Labyrinthprozessen nach der bisherigen Erfahrung zu den Seltenheiten rechnen muß. Der Fall lehrt also, daß man bei allen luetischen Labyrinthaffektionen, mögen sie früh oder spät in Behandlung kommen, immer eine energische antisyphilitische Behandlung versuchen soll.

A. Sonntag (Berlin).

J. Comby (Paris), Syphilis héréditaire à forme ganglionnaire. (Archives de méd. des enf. Octobre 1905.) Die hereditäre Lues erscheint unter ganz verschiedenen Bildern, so daß oft der Ursprung der Symptome nicht zu erkennen ist. So ist z. B. jene Form, wo man keine andere Manifestation der Krankheit als stark, oft enorm geschwellte und auch vereiterte Drüsen findet. Man denkt an Drüsentuberkulose, doch ergibt eine genaue Anamnese und vielleicht auch nur der gute Erfolg der merkuriellen Behandlung die wahre Natur

der Krankheit. Die beste Behandlung in diesen Fällen bilden die Einreibungen mit grauer Salbe und zwar mit Unguentum neapolitanum fortius, in Dosen von 2 g pro die. Eine merkurielle Stomatitis kommt in der ersten Kindheit, um die es sich in diesen Fällen meist handelt, nicht vor. C. bringt die Krankengeschichte zweier Säuglinge mit den betreffenden Adenopathien, bei welchen auf diese Weise ein vollständiger Erfolg erzielt werden konnte. E. Toff (Braila).

Dalons, Das Erythema syphiloide posterosivum. (Mon. f. prakt. Dermat. 15. Juni 1905.) Nach Jaquet und Sevestre befällt diese Affektion ausschließlich Kinder in den ersten Lebensjahren. Bevorzugt sind Perineum, Skrotum, Gesäß, Hinter- und Innenfläche der Oberschenkel, Waden, d. h. alle diejenigen Teile, die beim Säugling durch Urin und Stuhl leicht beschmutzt werden. Die Dermatose beginnt als Erythema simplex, geht dann in ein Erythema vesiculosum über, verwandelt sich darauf in Erosionen und schließlich erscheint unter jeder Erosion im Laufe von 24 Stunden eine Papel, die mit einer zweiten glänzenden Epidermis bedeckt ist und einer syphilitischen Papel zum Verwechseln ähnlich sieht. Heilung erfolgt zwar rasch, doch sind Rückfälle nicht selten. Max Joseph (Berlin).

G. Rheiner (St. Gallen), Klinischer Beitrag zur Lues hereditaria infantum. (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 21.) Ein 7 Wochen altes Kind mit anderen luetischen Erscheinungen (Exantheme, Rhagaden, Rhinitis) zeigte in der vierten Lebenswoche Abnahme der willkürlichen Bewegungen in beiden Armen und im linken Bein, und es entwickelte sich eine multiple Wegnersche epiphysäre Osteochondritis und Pseudoparalyse ohne gleichzeitige klonische Kontrakturen oder spastische Erscheinungen. Trotzdem es sich um schwere Pseudoparalyse handelte und jene drei Extremitäten völlig immobil waren, zeigte sich schon 4 Tage nach Beginn der Hg-Behandlung — 2—3 mal täglich 0,02 Kalomel — ein Erfolg, und nach 3 Wochen war die Pseudoparalyse verschwunden. Grätzer.

A. Pinard (Paris), Préservation des nourrices et des nourrissons contre la Syphilis. (Revue prat. d'obst. et de paed. Mai 1905.) Diese Frage ist von besonderer Wichtigkeit, da dem Staate noch vieles zu tun übrig bleibt, um sowohl die Kinder vor Infektion durch die Ammen, als auch letztere, was noch sehr wenig beachtet worden ist, vor Infektion durch die Säuglinge zu schützen.

Was den Schutz gegen die Ansteckung durch die Amme anbetrifft, so ist von Fournier mit Recht hervorgehoben worden, daß die einmalige Untersuchung der Amme nicht genüge, um sagen zu können, daß dieselbe nicht syphilitisch sei, namentlich in jenen Fällen, wo die Krankheit sich noch in der Latenzperiode befindet. Dies trifft namentlich für jene Ammen zu, welche ein Kind gesäugt haben und ihren Platz aus irgend einem Grunde wechseln, da es möglich ist, daß dieselben von ihrem früheren Pflegling infiziert worden sind und noch keine Zeichen der Krankheit darbieten, was aber nicht hindert, daß dieselbe nach Ablauf der Inkubationsperiode zum Ausbruche kommt und den zweiten Säugling infiziert.

Bezüglich der Gefahr, welche für die Ammen besteht von einem hereditär syphilitischen Kinde infiziert zu werden, wird hervorgehoben, daß auch hier besondere Vorsicht notwendig sei, da nicht alle hereditär luetischen Kinder die Krankheit gleich bei der Geburt zeigen müssen, vielmehr oft die Symptome wochen- und auch monatelang latent bleiben können.

P. schlägt daher folgende prophylaktische Maßregeln vor:

I. Allgemeine prophylaktische Mittel:

1. Alles was dem Stillen durch die eigene Mutter Vorschub leistet.

2. Alles was über die Gefahren der Syphilis und die Art der Ansteckung durch das Säugegeschäft belehrt.

II. Eigentliche prophylaktische Maßregeln:

1. Prophylaktische Behandlung der hereditären Lues durch Behandlung der Eltern vor der Prokreierung und der Mutter während der Schwangerschaft.

2. Belehrung der Eltern, welche Syphilis durchgemacht haben, daß ihre Kinder für jede Brust, mit Ausnahme der mütterlichen, gefährlich sein können.

3. Gesetzliche oder administrative Bestimmung, daß niemand ein Kind einer Amme zum Säugen übergeben darf, wenn er nicht ein ärztliches Zeugnis vorlegen kann, welches die Amme gegen eine Infektion von seiten des Kindes schützt.

4. Geschieht eine syphilitische Infektion der Amme durch den Säugling, so soll dies als ein Arbeitsunfall angesehen werden.

5. Gesetzliche oder administrative Verpflichtung für jede Amme, die ihren Platz wechselt, ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dahin lautend, daß das zuerst gestillte Kind an keinerlei ansteckender Krankheit leidet.

6. Besitzt eine Amme obiges Zeugnis nicht, so soll dieselbe mindestens durch 2 Monate nicht als Amme aufgenommen werden dürfen.

E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 18. Januar 1906.

Originalbericht.

Preleitner demonstriert das anatomische Präparat einer **angeborenen Dünndarmstenose.** Das Kind kam 8 Stunden nach der Geburt wegen eines großen Nabelschnurbruches zur Aufnahme. Da der Bruchinhalt sich gut reponieren ließ und Aussicht war, die Bauchspalte durch Naht zu schließen, wurde laparotomiert. Bei Eröffnung der Bauchhöhle bestand jedoch bereits Peritonitis, das Kind starb 9 Stunden nach der Operation. Es ergab sich als Nebenbefund eine nur für die

Sonde durchgängige Stenosierung des Dünndarms 20 cm oberhalb der Ileokoekalklappe, hervorgerufen durch Verwachsung des Darms mit dem Amnionsack.

Preleitner zeigt weiter ein 10 wöchentliches Kind mit angeborener partieller Makrosomie, kenntlich durch geringe Vergrößerung der linken Gesichtshälfte und der linken oberen Extremität. An den unteren Extremitäten ist die Mißbildung stärker kenntlich. Die Längendifferenz der unteren Extremitäten beträgt 1 cm zugunsten der linken Seite, die Umfänge der Extremitäten differieren um 2 cm. Durch Röntgenuntersuchung wurde festgestellt, daß die Skeletteile sonst durchaus normal sind. Solche Makrosomien sind entweder stationär oder nehmen mit fortschreitendem Wachstum zu.

Escherich demonstriert die anatomischen Präparate eines an **chronischer Perityphlitis mit komplizierenden Leberabszessen** gestorbenen 9 jährigen Knaben. Dieser war 3 Wochen vor der Spitalsaufnahme unter den Symptomen einer Perityphlitis erkrankt. Die Schmerzen, die anfangs mehr diffus den ganzen Bauch betrafen, konzentrierten sich später immer mehr in die Lebergegend. Bei der Aufnahme bestand starke Lebervergrößerung, in den folgenden Tagen re- und intermittierendes Fieber. Bei der vorgenommenen Laparotomie zeigte sich die Leber wohl vergrößert, auf der Oberfläche derselben war nichts zu sehen, was auf einen Abszeß hätte hindeuten können. 6 Wochen später ging Patient unter Erschöpfung zugrunde.

Die Sektion ergab einen alten abgekapselten Abszeß im Douglas. Von diesem aus war eine Thrombose der Vena ileocolica erfolgt. Thrombose und Infektion des Thrombus setzte sich in die Vena portae und in die Lebervenen fort. Im Anschluß daran kam es zu multipler Abszeßbildung in der Leber. Die Leber war von Abszessen dicht durchsetzt, die peripher gelegenen wölbten die Leberoberfläche vor. Die Ausdehnung der Abszesse war erst nach der Operation erfolgt.

Zappert erwähnt in der Diskussion einen vollkommen ähnlich verlaufenen Fall bei einem 5—6 jährigen Kinde.

Schwoner führt ein 12 jähriges Mädchen vor, welches neben einer mäßigen Struma Symptome von Seite des Herzens zeigt (Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, hebender Spitzenstoß). Vortr. zählt diesen Fall zu den leichten Formen des **Kropfherzens** (Kraus). Die Symptome bessern sieh auf Behandlung mit Thyreojodin. In schweren Fällen des Kropfherzens kommt es zu myokarditischen Veränderungen und intensiven Beschwerden.

Hamburger stellt ein 3 jähriges Mädchen mit **beiderseitigen Leistendrüsenschwellungen tuberkulöser Natur** vor.

Im vorigen Jahre trat an der Kommissur der Labien ein unregelmäßig begrenztes, wenig Eiter sezernierendes Geschwür auf, dessen tuberkulöse Natur nach Ausschluß anderer Diagnosen (Gonorrhöe, Ulcera mollia, Diphtherie, Stuprum) durch Nachweis von Tuberkelbazillen festgestellt wurde. Die Diagnose primäre Genitaltuberkulose wurde weiterhin dadurch gestützt, daß das bis dahin blühend aussehende Kind an schwerer Skrofulose, allgemeinen Drüsenschwellungen erkrankte. Die Inguinaldrüsen kamen zur Vereiterung und mußten inzidiert werden. Die Heilung der Drüsenwunden ging sehr langsam vor sich. Endlich trat noch Lichen scrofulosorum auf.

Von weiterem Interesse war die Berücksichtigung der Familienverhältnisse. Da die Eltern gesund waren, auch keine tuberkulösen Wohnungsgenossen zu eruieren waren, blieb als Erklärungsmöglichkeit der Infektion der Umstand, daß eine Wohnungsnachbarin, in deren Zimmer das Kind öfters spielte und am Boden saß, tuberkulös war.

Zur Zeit der Entwicklung der Skrofulose beim demonstrierten Kinde begann auch das zweite Kind der Mutter, ein schönes Brustkind, zu fiebern, hatte Nachtschweiße, magerte stark ab und starb innerhalb kurzer Zeit an Tuberkulose. Auch die Mutter begann zu husten, magerte ab.

Die Affektion der Mutter ist klinisch ausgeheilt.

Schick demonstriert die Rachenorgane eines $5\frac{1}{4}$ Jahre alten Mädchens, das an **Purpura haemorrhagica nach Scharlach** gestorben.

Das Kind kam am 12. Krankheitstage zur Aufnahme, zeigte nur mehr ältere Rachennekrosen nach Scharlach. Am 16. Krankheitstage erfolgten punktförmige Blutungen in die Haut des rechten Unterarmes und später auch an anderen Körperstellen. Gleichzeitig wurden die Rachenbeläge blutig und zerfielen gangränös. Ebenso trat Hämaturie ein. Am 21. Krankheitstage Exitus. Die tief-

greifenden Rachennekrosen, welche Tonsillen, Zungengrund, hintere Rachenwand in großer Ausdehnung zerstörten, sind unter dem Einflusse der hämorrhagischen Diathese zu solcher Ausdehnung gediehen.

Riether zeigt das anatomische Präparat eines **angeborenen Herzfehlers** (Transposition der großen Gefäße). Das 2monatliche Kind wies im Leben sys- und diastolische Geräusche über dem Herzen auf.

Riether demonstriert weiter ein monatliches Kind mit **Mißbildungen an den unteren Extremitäten**, links besteht pes valgus-, rechts varus-Stellung.

Schüller führt ein 3jähriges Kind mit linksseitiger zerebraler Kinderlähmung vor, das im Bereiche der Schädelknochen Ossifikationsdefekte aufweist, die Vortr. mit den encephalitischen Veränderungen in der Weise in Zusammenhang bringt, als durch den die Encephalitis begleitenden Hydrocephalus und dadurch erhöhten Druck im Schädelinnern die Ossifikation der rachitischen Knochen verlangsamt werde.

Den Demonstrationen folgte der Vortrag Lehndorffs: **Über Lymphocytenleukämie im Kindesalter.**

Die Ehrlichsche Lehre, daß die Leukämie eine einheitliche durch einen bestimmten Blutbefund charakterisierte Erkrankung sei, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Ebenso darf die Diagnose Leukämie nicht mehr aus dem Blutbefunde allein — wie Ehrlich-Pinkus behauptet hatten —, gestellt werden. Der Blutbefund ist nur ein klinisch wichtiges Symptom; er ist nur ein bedeutungsvolles Zeichen einer Allgemeinerkrankung des gesamten lymphadenoiden Gewebes, die bald einfach hyperplastisch, bald sarkomatös wuchernd verlaufen kann.

Die Befunde von Tumoren bei der Obduktion von Leukämikern, der Nachweis des Sarkomcharakters der sog. Chlorome, die Auffassung der im Blute kreisenden Zellen als atypische im normalen Blute und dessen Bildungsstätten nicht vorkommender Zellen hat Anlaß gegeben, daß sowohl Kliniker wie Pathologen entweder in jeder Leukämie oder doch in gewissen Formen der Lymphozytenleukämie eine maligne Hyperplasie der Blutbildungsorgane erblicken.

Sternberg hat bei der Lymphämie zwei verschiedene, gut histologisch und hämatologisch gekennzeichnete Formen abgrenzen wollen, **die echte Leukämie** = einfache Hyperplasie des lymphatischen Apparates, im Blute kleine Lymphozyten, und die **Leukosarkomatose** = atypische Wucherung des lymphatischen Apparates, im Blute Vermehrung großer einkerniger Elemente. Türk nimmt eine vermittelnde Stellung ein und hält beide Formen für nahe zusammengehörig.

Lehndorff hat drei Fälle von **Lymphozytenleukämien im Kindesalter** in verschieden weit vorgeschrittenen Entwicklungsstadien desselben Prozesses beobachtet.

1. Fall. $5^1/_2$ Jahre altes Mädchen. Mächtiges **mediastinales Lymphosarkom** von der Thymus ausgehend, an dessen Aufbau hauptsächlich große Lymphozyten beteiligt waren, die in großer Zahl (50—100000) das Blutbild beherrschten. Die ersten Symptome der Erkrankung hatten sich im Anschlusse an ein kaltes Bad entwickelt.

2. Fall. 4jähriger Knabe rasch unter Erscheinungen **hämorrhagischer Diathese** gestorben. Nirgends ein sichtbarer Tumor. In der Thymus fand sich eine nußgroße derbe Stelle, außerdem mächtige Vergrößerung des lymphatischen Gewebes des Darmes (Plaques, Follikel) insbesondere des Wurmfortsatzes. Histologisch fand sich überall bösartiges Wachstum (auch in den Tonsillen, Lymphdrüsen Haufen von großen Lymphozyten).

3. Fall. 12jähriges Mädchen mit **klinisch schwerer Anämie.** Bei der Obduktion nur mäßig vergrößerte Lymphdrüsen. Histologisch zeigte sich fast überall bösartiges Wachstum.

L. faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

Im Kindesalter verläuft die Lymphozytenleukämie klinisch meist bösartiger als bei Erwachsenen — eine chronische Leukämie ist nicht beschrieben. Pathologisch histologisch überwiegen die atypisch wuchernden aggressiven Formen, die Leukosarkomatosen. Auffallend häufig bildet die Thymus den Ausgangspunkt. Die größere Bösartigkeit der Erkrankung im Kindesalter hat vielleicht seinen Grund darin, daß das im jugendlichen Organismus überall reichlich entwickelte lymphatische Gewebe auf pathologische Reize viel intensiver zu reagieren imstande ist als beim Erwachsenen. B. Schick (Wien).



Bericht über die 23. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

vom 12. November 1905 zu Köln.

Rey berichtet über die auf dem Congrès international de laiterie und auf dem Congrès international de goutte de lait zu Paris gehaltenen Vorträge, worin er der Ermahnung des Herrn Backhaus Erwähnung tat: Die Kinderärzte möchten die Herstellung der Kindermilch denen überlassen, die etwas davon verstehen, nämlich den Milchgroßindustriellen. Hieran schloß sich eine kleine Backhausmilchdebatte ähnlich der Meraner. Selter ersucht um Entgegentreten der Backhausreklame durch geeignete Zeitungsartikel an den Orten, wo Backhausmilch verkauft werde. Cramer erkennt (als Geburtshelfer) die Vorteile der Einzelportionen, welche die Backhausmilch biete, an, ist aber nach den Meraner und Pariser Vorkommnissen, ebenso wie Rensburg, der Ansicht, daß deren Gebrauch nach Kräften entgegenzutreten sei. Heidenheim berichtet über drei Fälle von Backhausdarmkatarrhen bei Neugeborenen, wo die Hebamme die Backhausmilch als selbst der Muttermilch überlegen empfahl und so das Selbststillen verhinderte. Er fragt an, ab man durch den Kreisarzt nicht gegen die Hebamme einschreiten könne. Siegert berichtet über eine Korrespondenz mit Backhaus wegen seiner Diskussionsbemerkungen in Meran.

Siegert demonstriert darauf einen **Fall von frühzeitiger Geschlechtsreife.** Kind von 4 Jahren, Menstruatio praecox, stark entwickelte Mammae, Behaarung der Pubes, breites Becken usw.. Sodann einen Knaben von 12 Jahren mit abnormem Größenwachstum gegenüber einem 22 jährigen Infantilismus. Letzterer zeigt kleine, dünne Extremitäten, mageres, welkes Aussehen, geringe Intelligenz, Schilddrüsen-Mittellappen vorhanden, Radiogramm wie 10 jähriges Kind. Eingeleitete Schilddrüsentherapie zeigt nach 3 Wochen schon Besserung.

Gernsheim berichtet über Vorkommnisse in Worms, wo von ärztlicher Seite seiner Propaganda für Selbststillen der Mütter Schwierigkeiten bereitet wurden.

Hierzu bemerkt Selter, daß nicht überall die kreisärztliche Hilfe so schwer zu erhalten sei. Dagegen durfte unsererseits auf das energischste für das Verbot der Einleitung künstlicher Ernährung durch die Hebamme gedrungen werden; er halte den Einwand, daß nicht überall der Arzt zur Stelle sein könne, für ungerechtfertigt.

Spiegel (Haan) berichtet über das **Auftreten von akuten Darmkatarrhen im Anschluß an die Impfung.** Von 15 Kindern, die mit frischer Lymphe geimpft wurden, erkrankten fünf unter den Erscheinungen des akuten Darmkatarrhs mit einem Absturz der Gewichtskurve bis zu 500 g, wobei die Temperatur bis auf 39,5° stieg. Mit derselben Lymphe wurden nach 4 wöchiger Lagerung 13 Kinder geimpft unter denselben Bedingungen, wie Desinfektionsmaßregeln, Zahl der Impfschnitte, Verband usw. Von diesen Kindern kamen bei 50 % überhaupt keine Pusteln zur Entwicklung, bei den mit Erfolg geimpften zeigte keines Erscheinungen von seiten des Darmkanals. Beide Impfungen fanden im Hochsommer statt, der lokale Impfprozeß verlief in allen Fällen ohne Komplikatonen. Sp. sieht in diesen postvakzinösen Darmkatarrhen ein Analogon zu den nach Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach und Angina auftretenden Darmstörungen.

Zur Diskussion bemerkt Cramer: Wenn im Anschluß und im Zusammenhang mit der Impfung Darmstörungen besonders in den heißen Sommermonaten entstehen, so werden diese leicht fälschlich der Impfung zur Last gelegt und den Impfgegnern ein willkommenes Material geliefert. Es wäre dringend notwendig, die öffentlichen und privaten Impfungen grundsätzlich nur in der kalten Jahreszeit zu machen.

Triepke führt das Entstehen der Durchfälle auf das die Impfung begleitende Fieber zurück, da die von Spiegel geimpften Kinder bis auf eines über ein Jahr alt waren; ältere Kinder reagieren stärker, er empfiehlt deshalb zwischen 8—10 Monaten zu impfen und ganz seichte Schnitte.

Rey impft seit 10 Jahren nur in der kühlen Jahreszeit, Frühjahr und Herbst, und hat so Gelegenheit, die im Frühjahr sehr nachgiebig Dispensierten im Herbst auch zu impfen, wodurch wirkliche Dispensationen äußerst selten eintreten. Ältere Kinder erkranken stärker als jüngere. Die Frische der Lymphe spielt nur insofern eine Rolle als bei älterer Lymphe leichter Impfpusteln ausbleiben. Darmkatarrh hat er nie beobachtet. Impfverbände sind durchaus zu verwerfen, er legt nur reichlich Watte auf, die durch das Jäckchen des Kindes gehalten wird und täglich erneuert wird.

Siegert: Die mitgeteilten Fälle bedürfen vorsichtiger Interpretation. Die Kinder waren im Gewicht zurückgeblieben, wurden künstlich ernährt, zum Teil sehr kräftig in der heißesten Zeit, wo Verdauungsstörungen in bester Anstaltspflege nicht selten sind. Das Fieber trat nach 5—15 Tagen auf, die Störungen waren vorübergehend und können nicht durch Lymphtoxine erklärt werden. In der heißesten Zeit soll überhaupt nicht geimpft werden, im 3.—6. Monat reagieren die Kinder leichter als im 13.—16. Monat. Eine Impfschädigung als solche erscheint mir nicht erwiesen, sondern nur ein Auftreten von Darmstörungen bei geimpften, künstlich ernährten Kindern in der heißesten Zeit, bei denen Verdauungsstörungen schon vorhanden waren.

Selter: Daß wir Kontrollkinder neben unsern geimpften hatten, ist wohl selbstverständlich, wir gingen sogar weiter und impften mit derselben abgelagerten Lymphe auch im Hochsommer eine gleiche Anzahl Kinder, die nun nicht erkrankten. Er verspricht Nachkontrolle unter denselben Verhältnissen im Frühjahr, er sei durchaus kein Impfgegner, hält derartige Mitteilungen in wissenschaftlichen Gesellschaften jedoch für zulässig und nützlich.

Koch spricht sich ebenfalls für Impfungen in der kälteren Jahreszeit aus und schlägt vor, unter Vermeidung der Tagespresse, von den Vereinigungen der Kinderärzte aus auf die Behörden in diesem Sinne einzuwirken.

Cramer (Bonn): **Eine Normalflasche für Säuglingsernährung.** Für die Berechnung der notwendigen Nahrungsmengen zieht Vortr. die Angabe der Flüssigkeitsmenge in Beziehung zum Körpergewicht nach Biedert der Heubnerschen Methode der Kalorienbestimmung vor. Es ist notwendig, den Hebammen, Pflegerinnen und Müttern exakte volumetrische Vorstellungen von den Flüssigkeitsmengen zu geben, die dem Säugling zuträglich sind. Für die ersten Lebenstage muß der Arzt bei künstlicher Ernährung die Nahrungsmengen auf 10 g genau angeben. Hierzu dient die von C. angefertigte Flasche von 250 g Inhalt mit Stadien von 50:50 g. Diese Flasche ermöglicht das genügend genaue Dosieren der Einzelmahlzeit, Ablesen des etwa nicht getrunkenen Restes, Herstellung der gewünschten Mischungen in der Flasche selbst. Sie reicht mit ihrem Rauminhalte bis zum Ende des ersten Lebensjahres und kann in jedem Soxhletapparat eingestellt werden; auf ihren Halsteil passen die gebräuchlichen Verschlüsse, der Preis ist gleich der Soxhletflasche, Vertrieb Firma Ollendorf-Wilden, Bonn, Friedrichsplatz.

Sodann demonstriert C. den **Fliegelschen Milchfiltrationsapparat;** bestehend aus zwei Metalltrichtern mit siebartigem Boden, zwischen die ein Wattefilter gelegt wird, ermöglicht er äußerst vollkommen das Abfangen des Milchschmutzes und die Untersuchung der Milch auf ihren Schmutzgehalt. Verbesserung der Milch im Hause des Abnehmers kann dadurch nicht erreicht werden, da sie zu spät kommen würde. Rey.

IV. Therapeutische Notizen.

Über einen bei Massenimpfungen einzuführenden Verband berichten E. Levy (Straßburg) und W. Sorgius (Schiltigheim). Dieselben sind der Ansicht, nach der Impfung sei ein Schutzverband nötig, teils um die Schnitte vor Sekundärinfektion zu bewahren, teils um zu verhüten, daß das Vakzinevirus vom Impfling auf seine Umgebung übertragen werde. Sie geben nun einen Verband an, der allen Anforderungen genügen soll. Ein Stück steriler Gaze wird in 8facher Schicht über die Schnitte, dieselben nach allen Richtungen um $2^1/_2$ cm überragend gebreitet (solche Gaze in zweckentsprechender Breite wird in besonderen Paketen,

aus denen sie bequem herausgezogen werden kann, von Streisguth in Straßburg geliefert) und durch 1 cm breite Streifen von Leukoplast (Beiersdorff, Hamburg) befestigt. Letztere werden quer über die Gaze gezogen und so groß gewählt, daß sie zu beiden Seiten der Gaze etwa in einer Ausdehnung von 2—4 cm der Haut des Oberarmes anliegen; das Leukoplastende wird direkt von der Rolle auf einen Rand des Armes aufgeklebt, über Gaze und Arm quer abgerollt, fest angezogen und am anderen Ende des Querstreifens an der Haut mit der Schere abgetrennt. Wenn die Mütter der Impflinge einigermaßen achtgeben, hält der Verband gut 8 Tage; bei der Nachschau wird er erneuert. Das Anlegen des Verbandes, der nur 7—8 Pf. kostet, dauert kaum eine Minute. Er wurde in 337 Fällen angewandt, und zwar mit sehr befriedigenden Erfolgen.

(Medizin. Klinik. 1905. Nr. 54.)

Sorisin als Laktagogum lernte durch Zufall Dr. H. Körting (Wien) kennen. Eine Wöchnerin, die wegen Milcharmut ihr Kind nicht ernähren konnte, bekam entsprechende Diätvorschriften und auch Laktagol, ohne daß eine Änderung eingetreten wäre. Da nahm sie wegen eines Bronchialkatarrhs Sorisin, und schon nach wenigen Tagen war die Milchsekretion eine befriedigende. K. fand dann noch in zwei Fällen diese Wirkung bestätigt; der eine betraf eine Frau, deren Mutter und Großmutter schon wegen Milchmangels unfähig gewesen waren, zu nähren, und die, nachdem sie schon vor dem Partus Sorisin erhalten hatte, ganz gegen ihr Erwarten reichlich Milch hatte, so daß sie vom dritten Tage ab ihr Kind nähren und dies, Sorisin weiter nehmend, fortsetzen konnte.

(Medizin. Blätter. 1905. Nr. 50.)

Über rektale Applikation des Gonosans wegen Gonorrhöe berichtet R. Müller (Wohlen). Ein 4jähriges, an Vulvitis blennorrhoica leidendes Mädchen zerbiß die Gonosankapseln, bekam auch solchen Ekel und Brechreiz davon, daß diese Therapie nicht fortzusetzen war. Es wurden Waschungen mit Solut. plumb. acet. und Zink. sulf. gemacht, täglich ein Sitzbad von 1/5 pro Mill. Sublimat gegeben, aber nach 2 Wochen war der Status noch der gleiche. Da versuchte M. Gonosan in Form von Klysmen zu applizieren. Er ließ 10 Kapseln in 100 g Lebertran lösen und brachte mit einer kleinen Spritze und langem elastischen Katheter 2 mal täglich 10, dann 20 g hoch ins Rektum hinauf. Innerhalb 15 Tagen wurde so der Inhalt von 26 Kapseln verabreicht; die Klysmen wurden ausgezeichnet vertragen, lange (4—12 Stunden) zurückgehalten und fast vollständig resorbiert. Die Heilung machte sich schon am zweiten Tage bemerkbar und war nach 16 Tagen eine vollständige und dauernde.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 24.)

Zur Vaporinbehandlung des Keuchhustens fällt Dr. J. Landau (Israel. Kinderspital in Krakau) auf Grund von 40 behandelten Fällen sein Urteil. Vaporin (Krewel & Co.) besteht aus:

Rp. Naphthalin 180,0
Camphor. ras. 20,0
Ol. Eucalypt. glob.
Ol. pin. piceae āā 3,0.

In die Mitte des Zimmers, in dem das Kind sich befindet, stellt man eine Schüssel und in diese einen Spiritusapparat von schwacher Flamme mit einem Kochgefäß. In letzteres gießt man ein Glas lauwarmes Wasser und fügt einen Eßlöffel Vaporin hinzu. Die vollständige Verdampfung des Wassers dauert etwa 10 Minuten, und das Kind bleibt 1 Stunde in dem Zimmer, wo es spielen oder sich sonst unterhalten kann. Diese Inhalationen, 2 mal täglich vorgenommen, bewirkten Herabminderung der Zahl der Anfälle und der Intensität der letzteren; der Krankheitsverlauf wurde ein milderer und unbedingt abgekürzt. Nie kam es zu Komplikationen, nie machten sich Nebenerscheinungen bemerkbar.

(Die Heilkunde. November 1905.)

Biersche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten wurde auf Anregung von Prof. Eversbusch in der Kgl. Augenklinik in München versucht, wie Dr. Renner von dort mitteilt. Es wurde die von Bier empfohlene schmale Gummibinde 6—12 Stunden täglich am Halse angelegt. Diese Behandlung bewährte sich speziell bei der Keratitis parenchymatosa jugendlicher Individuen. Es wurden fünf derartige Kranke (darunter ein 10jähriges Kind) so behandelt und in allen

Fällen nach 2—4wöchentlicher Behandlung beträchtliche Besserung erzielt. Eine schädliche Wirkung trat nie zutage, die Patienten verrichteten ihre Beschäftigung ohne Beschwerden. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Ein Urinfänger für Kinder, der allen Anforderungen entspricht, ist von Dr. C. Großmann (Frankfurt a. M.) konstruiert worden. Es besteht aus einem abwärts gebogenen Glasrohr, das durch einen mit einem Loch versehenen Heftpflasterstreifen (Leukoplast) hindurchgesteckt und wie eine Glocke über den Penis gestülpt wird. Der Heftpflastreifen wird der Haut des Skrotums und der Regio pubica allseitig fest angestrichen. Am unteren Ende des Urinfängers bringt man ein kurzes weites Stück Gummischlauch an, das in eine zwischen den Beinen des Kindes liegende Urinflasche hineinragt. Das Kind wird im Bett schräg abwärts gelagert, die Beine werden in leicht gespreizter Stellung seitlich am Bett befestigt. Für Mädchen ist der Apparat so eingerichtet, daß er über die Vulva vollständig gestülpt und ebenfalls zweckmäßig befestigt werden kann. Der Urinfänger schützt sehr gut Verbände vor Durchnässung mit Urin und hat sich z. B. bei 20 Hernienoperationen bestens bewährt. Auch bei Säuglingen leistet er gute Dienste, wenn man z. B. den Urin gesondert zur Untersuchung auffangen oder für eine Reihe von Tagen die Urinmenge feststellen will; ebenso bei unbesinnlichen Kranken, bei denen man rasch Urin zur Untersuchung wünscht. Er wird in zwei Größen für Knaben und Mädchen hergestellt von Bandagist C. Steiner in Frankfurt. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 50.)

— Bezüglich des vorstehenden Artikels macht Finkelstein darauf aufmerksam, daß er und Bendix schon 1900 ein ähnliches Modell angegeben haben. Zum Auffangen von Urinproben zur laufenden klinischen Untersuchung ist jetzt in seiner Säuglingsstation ein höchst einfaches Verfahren üblich. Bei Mädchen wird ein etwas weithalsiges Fläschchen gegen die Urethralgegend der Vulva fest angelegt, bei Knaben nimmt ein starkwandiges Reagenzglas den Penis auf und wird noch mit einem dünnen, gegen den Nabel hingeführten Heftpflasterstreifen fixiert. Die zwei seitlichen Windelzipfel werden dann von außen nach innen und dann wieder nach außen um das gleichseitige Bein geschlagen und schließlich in der Mitte fest miteinander verknotet, so daß die an das Glas leicht angepreßten Schenkel dieses von den Seiten her fixieren. Der dritte, nach dem Fußende zu gelegene Zipfel wird dann nach oben geschlagen, ziemlich fest angezogen und gleichfalls oben verknotet. Damit wird auch von unten die Flasche an die Genitalien angepreßt und ist somit bei nur einigermaßen ruhigen Kindern genügend befestigt. Diese anspruchslose Vorrichtung führt fast immer schnell und sicher zum Ziele. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Aus der Praxis. Unter diesem Titel schreibt Dr. Pickardt (Berlin): „Ein Kind von $2^1/_2$ Jahren, dessen Eltern gesund waren und sind — Großmutter mütterlicherseits an Tub. pulmon. gestorben —, normal geboren, teils mit Mutter-, teils mit Kuhmilch ernährt, fing allmählich an, weniger Appetit zu äußern, weniger Nahrung zu sich zu nehmen, teilnahmlos zu werden und viel zu schlafen. Neigung zur Obstipation. Objektiv kein Befund an den Organen, Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Ein zugezogener Kinderarzt erklärt den Zustand für nervös, verordnet Eisen, eine etwas weniger eiweißreiche Diät (Heubnersche Schule) und Hydrotherapie. Besserung der Symptome auf wenige Wochen, allmählich Rückfall und zunehmende Abmagerung. Beginn von Durchfällen bis zu 6—8 pro Tag. Temperaturen normal. Ein zweiter Kinderarzt diagnostiziert Darmkatarrh — Stuhl stets mit kleinen Mengen Schleim, nie Blut; riechend — Tenesmen — bei dem „nervösen" Kinde. Keine Besserung, Verschlechterung. Tannigen, Tanokol, Tannopin, Bismutsalze, Bismutose, Ichthoform, nacheinander, jedes längere Zeit gegeben, ohne jede Spur von Erfolg, ebensowenig strengste Diät, warme Einpackungen usw. Während ich verreiste, nach Angabe eines zur Behandlung zugezogenen Kinderarztes wesentliche Verschlechterung: Abmagerung, Aszites, aufgetriebener Leib, Durchfälle bis zu 20 pro die, Temperaturen normal. Therapie: grüne Seife, Kreosot von vorübergehendem Erfolg, den ich nach der Rückkehr von der Reise nicht mehr konstatieren kann, aber — auch keinen Aszites. Weiterer Kräfteverfall; das Kind kommt bis auf 14 Pfund herunter. Der jetzt konsultierte Pädiater — Prof. Heubner — erklärt den Eltern und mir, daß der Exitus jeden Tag zu erwarten sei, verordnet „Diät" und Ferrum. Diagnose: Peritonitis tuberculosa.

Am nächsten Tage, da das Kind in der Tat moribund erschien, die Stühle zahllos wurden, entschloß ich mich, was alle konsultierten Kollegen auf das entschiedenste perhorresziert hatten, Opium zu geben und verordnete: Tinct. Op. simpl. in den ersten 3 Tagen 3 stündlich 3 Tropfen, später 3 mal täglich und so allmählich weniger, so daß das Kind eine enorme Menge bekam, da diese Therapie 2 Monate durch fortgesetzt wurde. Erfolg: Die Stühle wurden vom nächsten Tage ab spärlicher, vom zehnten Tage an fest, das Kind aß und trank — natürlich ausgesuchteste Diät —, wurde gesund und wiegt jetzt — 4 Jahre alt — 34 Pfund!

Der Zweck der Veröffentlichung dieser Krankengeschichte an dieser Stelle ist der, darauf hinzuweisen, daß man sich in solcher Notlage nicht scheuen soll, das bei Kindern „verbotene" Opium in so großen Mengen zu geben."

(Die ärztl. Praxis. 1906. Nr. 2.)

Zur Pyrenolbehandlung der Influenza und Pneumonie gibt Dr. M. Steiner (Herzogl. Landeskranken- und Siechenhaus zu Altenburg S.-A.) eine Anzahl von Fällen an, wo sich das Pyrenol vortrefflich bewährt hat. Bei Influenza war besonders charakteristisch der auffallende Temperaturabfall. Pyrenol wurde von Kindern auch in den ersten Lebensmonaten gut vertragen und zeigte nie eine unangenehme Nebenwirkung auf Nieren, Herz usw. Den Keuchhusten beeinflußte es eklatant, und wurde die Besserung sehr bald nach Beginn der Medikation wahrgenommen. Die Dosis für Kinder unter 1 Jahr betrug die Hälfte der übrigen. Autor verordnete gewöhnlich bei Kindern:

Rp. Pyrenol. 3,0—4,0
Liq. Ammon. anis. 3,0
Aq. dest. ad 100,0.

(Fortschritte der Medizin. 1905. Nr. 15.)

Eine neue Flasche für Säuglinge empfiehlt Geh.-San.-Rat Dr. Aufrecht (Magdeburg). Derselbe ist der Ansicht, daß ein Teil der Verdauungsstörungen bei Säuglingen auf die durch eine zu große Öffnung des Saugers erzwungene rasche Aufnahme der Nährflüssigkeit, mit welcher häufig auch Luft verschluckt wird, zurückzuführen ist, und daß auch eine große Zahl von katarrhalischen Pneumonien, welche bisher als kachektische aufgefaßt worden sind, als Folge des Verschluckens von Nährflüssigkeit anzusehen ist. Der von A. ersonnenen Flasche haften die üblichen Mängel — Erschwerung der Entleerung bei zu enger Öffnung im Sauger, allzu reichliches Ausfließen bei zu weiter Öffnung mit den erwähnten schädlichen Folgen — nicht an. Sie hat die Form eines halben Zylinders, kann also glatt aufliegen. Außer der Flaschenöffnung befindet sich auf dem höchsten Punkte des Halbzylinders eine kleine Öffnung, durch welche entsprechend dem Quantum der abgesaugten Milch Luft einströmen kann. Der Hals der Flasche ist etwas nach unten geneigt. Diese Flasche (hergestellt von Instrumentenmacher Middendorff in Magdeburg, Preis 15 Pf.) ist seit 2 Jahren auf der Säuglingsabteilung des Altstädter Krankenhauses in Gebrauch. Nachdem die Hals- und die kleine seitliche Öffnung mit Watteverschluß versehen, erfolgt das Kochen im Soxhletapparat. Vor dem Trinken wird die Watte aus dem Halse entfernt, dieser mit einem sterilen Gazeläppchen abgewischt und der Säuger abgesetzt. In diesen ist eine Öffnung eingebrannt, die so klein sein muß, daß der Inhalt der Flasche nur tropfenweise ausfließen kann. Eine solche reicht aus, weil durch das seitliche Loch Luft bequem nachdringen kann. Der hier angebrachte Watteverschluß, der die Luft filtriert, kann, feucht geworden, bequem erneuert werden.

(Therap. Monatshefte. Dezember 1905.)

V. Neue Bücher.

Alb. Liebmann. **Vorlesungen über Sprachstörungen.** 1906. Verlag von O. Coblentz in Berlin.

Das jetzt publizierte sechste Heft dieser Sammlung befaßt sich mit dem Thema: „Kinder, die schwer lesen, schreiben und rechnen lernen".

Aus reicher Erfahrung schöpfend, behandelt der Verf. auch diesen Gegenstand mit großer Ausführlichkeit und zeigt an einigen Fällen, die sehr instruktiv sind und uns alle Einzelheiten in klarer und fesselnder Form vor Augen führen, welchen Schwierigkeiten man in praxi begegnet und wie man dieselben überwindet. Das 132 Seiten starke Büchlein sei zum Studium warm empfohlen.

Grätzer.

B. Salge. **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** 2. Auflage. Berlin. Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld. Preis: Mk. 2,80.

Wir haben schon beim ersten Erscheinen das vorliegende Buch freudig begrüßt und seine Vorzüge hervorgehoben. Diese scheinen auch von den Kollegen sehr bald anerkannt worden zu sein, da schon wenige Monate später eine Neuauflage notwendig geworden ist. Diese Kürze des Zeitintervalls brachte es mit sich, daß in dieser große Veränderungen nicht vorgenommen worden sind; immerhin hat der Autor manches verbessert und hinzugefügt. Sicher wird sich das inhaltlich recht lobenswerte und auch äußerlich sehr gut ausgestattete Buch zu den alten Freunden manche neue hinzugewinnen. Grätzer.

A. Czerny und A. Keller. **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** 6. Abteilung, 1. und 2. Hälfte. Verlag von Fr. Deuticke, Leipzig u. Wien. Preis: Mk. 4,50.

In der ersten Hälfte dieser Abteilung wird der erste Abschnitt des Werkes: „Ernährung des gesunden Kindes“ geschlossen, in der zweiten Hälfte der zweite Abschnitt: „Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie“ begonnen. In diesem Abschnitt unterscheiden die Verff. drei Krankheitsgruppen:

1. Ernährungsstörungen ex alimentatione;
2. Ernährungsstörungen ex infectione;
3. Ernährungsstörungen durch angeborene Fehler in der Konstitution und dem Bau des Körpers.

Wir werden auf diese Kapitel zurückkommen, sobald die Fortsetzung erscheinen wird, was hoffentlich recht bald der Fall ist, damit wir dies vortreffliche, außerordentlich lehrreiche Werk in toto benutzen können. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brüggemann, J., Über Darminvagination mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters (Gießen). — **Delius, R.**, Beitrag zur Kasuistik der Tuberkulose im Kindesalter (München). — **v. Dewitz, O.**, Beiträge zur Hilfsschulfrage (Freiburg i. B.). — **Glaser, W.**, Kongenitales malignes Lymphangiom des Halses (München). — **Götze, E.**, Krankheitsfrequenz im Kindesalter. Nebst einer Statistik über Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in Halle a. S. in den Jahren 1900—1904 (Halle). — **Halberstadt, S.**, Über kongenitale Atresie der Arter. pulmonalis bei intaktem Septum ventriculi (Halle). — **Heuermann, M.**, Ein Fall von Hernia diaphragmatica congenita beim Neugeborenen (Halle). — **Krebs, P.**, Über einen neuen seltenen Fall kongenitaler Knorpelreste am Halse (Breslau). — **Kuchenbauer, O.**, Ein Fall von Hydromyelie, kombiniert mit Hydrocephalus internus congenitus (München). — **Leitner, A.**, Über überzählige Finger an Hand und Fuß (Erlangen). — **Mahlcke, W.**, Beitrag zur Kasuistik der Lehre von der Sehnentransplantation. Zusammenstellung der von 1899—1905 in der Kieler chirurgischen Klinik operierten Fälle (Kiel). — **Molina-Castilla, J.**, Knochenveränderungen bei Rachitis (Freiburg i. B.). — **Noack, E.**, Intelligenzprüfungen bei epileptischem Schwachsinn (Berlin). — **Pansch, K.**, Über Stenose des Isthmus aortae mit gleichzeitiger Persistenz des Ductus arteriosus Botalli bei Neugeborenen (Gießen). — **Peschle, S.**, Zur Ätiologie der Poliomyelitis acuta infantum (Berlin). — **Pinczower, A.**, Beiträge zur Kenntnis der Globulinurie bei Kindern (Freiburg i. B.). — **Piwowarski, J.**, Über einen seltenen Fall von malignem Ovarialtumor bei einem Kinde (Breslau). — **Pöhlmann, A.**

Wachsartige Degeneration eines Extremitätenmuskels beim Kinde unter dem Bilde eines Tumors (München). — **Ruge, K.**, Über angeborene Herzfehler, mit besonderer Berücksichtigung der entzündlichen Stenose und Atresie der Aorta (Kiel). — **Thielen, H.**, Über die Sterblichkeit früh- und rechtzeitig geborener Kinder in den ersten 9 Wochentagen (Freiburg i. B.). — **Wiese, O.**, Über einen Fall von Splenektomie wegen Milztumor im frühen Kindesalter (Leipzig). — **Zeitler, G.**, Multiple periostale Abszesse bei kryptogener Sepsis des Kindes (München). — **Zweig, A.**, Zur Lehre von der persistierenden Pupillenmembran (Gießen).

VI. Monats-Chronik.

Berlin. In dem **Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten** sind Bestimmungen über die **Masern** und den **Keuchhusten** nicht getroffen worden. Um aber gegenüber diesen Krankheiten eine Handhabe zu besitzen, ist durch § 5 des Gesetzes bestimmt, daß das Staatsministerium die Anzeigepflicht einführen kann, wenn und solange eine dieser Krankheiten epidemisch auftritt. Die Möglichkeit, die Verbreitung von Masern und Keuchhusten zu bekämpfen, ist daher auch künftig gegeben. Die Ministerialerlasse vom 14. Juni 1884 und 25. August 1902 betreffend die Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch Schulen sind ebenso wie die übrigen früheren bezüglichen Bestimmungen durch das neue Gesetz aufgehoben. Es ist jedoch, wie wir erfahren, beabsichtigt, in nächster Zeit eine Anweisung zu erlassen, welche die Bekämpfung aller übertragbaren Krankheiten in den Schulen einheitlich regelt.

— Der Stadtverordnete Arons hat beantragt, der Magistrat solle die Zahl der **Schulärzte** so vermehren, daß nur zwei Schulen auf jeden kommen.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Charlottenburg. **Eine Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** soll demnächst hier ins Leben treten und derselben aus dem städtischen Grundbesitz Charlottenburgs ein Grundstück von 12500 qm unentgeltlich zum Eigentum überlassen werden. In der Begründung der betreffenden Magistratsvorlage wird ausgeführt: Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist außerordentlich hoch, es wird hierin nur noch von Rußland und Österreich-Ungarn übertroffen. Mehr als ein Fünftel aller lebendgeborenen Kinder vollenden nicht das erste Lebensjahr, so sind z. B. im Jahre 1903 von fast zwei Millionen lebendgeborenen Kindern rund 405000 im Alter bis zu einem Jahre gestorben. Die Todesursache ist in zwei Dritteln aller Fälle in Ernährungsstörungen zu suchen, und zwar nach den Erfahrungen nicht in zu geringer, sondern in falscher Ernährung; auch die Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder ist weit höher als diejenige der mit Muttermilch ernährten. Demnach ist es besonders notwendig, neben einer Belehrung der Mütter über die günstigen Folgen des Stillens, die künstliche Ernährung der Säuglinge zu vervollkommnen, die Produktion, Behandlung und Keimfreimachung der Kuh- und Ziegenmilch für die Säuglingsernährung zu verbessern. Es handelt sich daher bei Errichtung der Anstalt nicht um ein Säuglingsheim oder Krankenhaus oder sonstige lokale Einrichtung, sondern um eine Anstalt, in der mit Hilfe geeigneter Kräfte auf wissenschaftlichem Boden praktische und theoretische Erfahrungen in einer ganz bestimmten Richtung und in einer so umfassenden, in ihren einzelnen Teilen derart ineinandergreifenden Form gesammelt werden können, daß man von ihrem Ergebnis einen segenbringenden Einfluß auf eine wesentliche Herabminderung der Säuglingssterblichkeit erwarten darf. Die gesammelten Erfahrungen sollen Gemeingut der deutschen Nation werden, sie sollen deswegen nicht nur in geeigneter Form veröffentlicht werden, es soll auch die Anstalt Ärzten aus dem ganzen Reiche zum Studium offenstehen. Die eine Abteilung der Anstalt soll deshalb der Forschung und der Sammlung von Erfahrungen auf dem Gebiete der Vorbereitung und der Durchführung des Stillgeschäftes dienen. Dementsprechend sollen Unterkunftsräume für Schwangere, eine Entbindungs- und Wöchnerinnenstation, sowie ein Mutterheim geschaffen werden, in dem die Entbundenen mit ihren Kindern zum Zweck der natürlichen

Ernährung bis zu 3 Monaten bleiben. Die zweite Abteilung soll der Erforschung der künstlichen Ernährung von der Produktion der Kuh- und Ziegenmilch zur Säuglingsnahrung bis zu ihrer Wirkung auf die Ernährung der Kinder dienen. Der Kaiser und die Kaiserin haben bereits als die ersten einen namhaften Betrag gespondet, um den Beginn des geplanten Werkes zu ermöglichen. Der vorbereitende Ausschuß, dem Minister von Thielen, die Ministerialdirektoren Dr. Althoff und Dr. Foerster, Geh. Obermedizinalrat Dr. Dietrich, Prof. Dr. Heubner, Geh. Baurat Schmieden, Kommerzienrat Frenckel und Kabinettsrat von Behr-Pinnow angehören, hat sich an die Stadtgemeinde Charlottenburg mit der Bitte gewandt, für den Zweck der Anstalt einen geeigneten Bauplatz herzugeben. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1906. Nr. 2.)

München. Wie Münchener Blätter melden, plant die bayerische Staatsregierung die Errichtung einer **Station zur Herstellung von Heilserum** in Bayern. Der Ort, wo diese Station ihren Platz finden soll, ist jedoch noch nicht gewählt; jedenfalls wird die Station in die Nähe einer der Universitäten oder unmittelbar in Verbindung mit einer derselben kommen.

Göttingen. Der hiesige Privatdozent Dr. E. Schreiber ist als Nachfolger von Geh.-Rat Aufrecht zum Oberarzt der inneren Abteilung des altstädtischen Krankenhauses in Magdeburg gewählt worden.

Breslau. Die Stadtverordnetenversammlung beschloß, zur Silberhochzeit des Kaiserpaares ein **Säuglingsheim** zu errichten, dessen einmalige Kosten auf 360 000 Mk. und jährliche Kosten auf 40 000 Mk. veranschlagt sind.

Dresden. Zum dirigierenden Oberarzt des Dresdener Säuglingsheims wurde der Privatdozent an der Universität und Oberarzt an der Kinderklinik der Charité in Berlin Herr Dr. med. Salge gewählt. Derselbe wird als Dozent für Kinderheilkunde an den regelmäßig in Dresden stattfindenden Fortbildungskursen für praktische Ärzte eintreten. Ebenso bleibt der Anstalt unter seiner Leitung gemäß einer Zusage der in Betracht kommenden offiziellen Instanzen das Recht der Ausbildung von praktischen Ärzten im sog. Externat und die Annahme von Praktikanten.

Bordeaux. Th. Piéchaud, Professor der chirurgischen Kinderklinik zu Bordeaux ist gestorben.

Palermo. Dr. R. Buccheri, bisher Privatdozent an der med. Fakultät zu Neapel, habilitierte sich für pädiatrische Chirurgie.

Neapel. Habilitiert: Dr. P. Mazzeo für Pädiatrie.

Ofen-Pest. Als Privatdozent wurde bestätigt: Dr. med. Cornel Preisich für Pathologie der Kinderkrankheiten.

Tuberkulose an amerikanischen Schulen. Die Schuldeputation der Schulverwaltung in Chicago hat kürzlich mit Einstimmigkeit den folgenden Entschluß gefaßt. Es soll ein Komitee gewählt werden, das genaue Vorschriften auszuarbeiten hat, um alle Kinder, welche mit tuberkulösen Erkrankungen in irgend einer Form behaftet sind, von dem Besuch der öffentlichen Schulen auszuschließen. Das Komitee ist ferner ermächtigt, einen Plan auszuarbeiten zur ärztlichen Untersuchung und Überwachung aller verdächtigen Kinder und zur Bestallung der ärztlichen Untersucher, darüber zu entscheiden, ob solchen Kindern ein Platz im Schulraum zugesprochen oder verweigert werden soll.

Schulzahnkliniken. Nach dem Bericht 1905 der Straßburger Schulzahnklinik, wurden vom 1. Oktober 1904 bis 1. Oktober 1905 untersucht 6900 Kinder, behandelt 4968 Kinder mit 4822 Füllungen und 6550 Extraktionen. — Bei der großen Zahl der untersuchten und behandelten Volksschulkinder dringt diese Erkenntnis allmählich auch in alle Bevölkerungsschichten, ganz besonders aber — und das ist am wichtigsten — in die ärmeren Bevölkerungsschichten und in die Arbeiterkreise. Und deshalb ist gerade die unentgeltliche Behandlung, die rationelle und systematische Sanierung des Mundes unserer Kinder ein wertvolles Mittel zur Hebung der Volksgesundheit.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
prakt. Arzt in Sprottau.

XI. Jahrgang. April 1906. Nr. 4.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. V. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. April 1906. No. 4.

I. Originalbeiträge.

Aus der Kinderpflege- und Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ zu Halle a. S.

Beitrag zur Eisentherapie im Kindesalter: „Eubiose“.

Von

Dr. med. A. **Klautsch**,

dirig. Arzt der Anstalt.

Unter den uns zu einer erfolgreichen Behandlung aller auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhenden Erkrankungen zu Gebote stehenden Eisenpräparaten verdienen diejenigen, welche das Eisen in einer organischen Verbindung enthalten, entschieden den Vorzug vor den anorganischen Präparaten. Nur ein außerordentlich kleiner Teil des in den Organismus eingeführten anorganischen Eisens gelangt zur Resorption und vielleicht noch weniger zur Assimilation, der größte Teil desselben dagegen verläßt unverbraucht wieder den Organismus, dabei oftmals einen ungünstigen, ja direkt schädlichen Einfluß auf den Verdauungstraktus ausübend, während die organischen Präparate, wie vielfache diesbezügliche Untersuchungen mit Sicherheit ergeben haben, vollständig und ohne jede unerwünschte Nebenwirkung von der Darmschleimhaut aus zur Resorption gelangen; das in denselben enthaltene Eisen wird assimiliert und in den einzelnen Organen (Leber, Milz, Knochenmark usw.) deponiert, um dann im Bedarfsfalle als Reserveeisen zu funktionieren.

Unter den organischen Eisenpräparaten zeichnen sich wieder diejenigen, welche das Eisen in einer solchen Form enthalten, wie es sich im lebenden Organismus präformiert vorfindet, durch eine besondere Wirksamkeit aus. In die Reihe dieser Blut-Eisenpräparate gehört auch die von der Eubiose-Gesellschaft in Hamburg in den Handel gebrachte „Eubiose“, ein flüssiges kohlensaures Hämoglobin-Eiweißpräparat von angenehmem, Vanillekakao ähnlichem Geschmack und Geruch. Vor anderen flüssigen Blutpräparaten unterscheidet sich die „Eubiose“ vorteilhaft durch:

1. Eine alleräußerste Eiweißkonzentration, ca. 32,25 %, während das bekannte Hämatogen Hommel nur 19,12 % enthält.

2. Freisein von Glyzerin und jeglichen chemischen und konservierenden Zusätzen.

3. Den fast physiologischen hohen Gehalt an Mineralstoffen des

Blutes (1,64 %), wie Eisenoxyd, metallisches Eisen, Phosphor (Lecithin) usw.

4. Die überaus anregende, tonisch exzitierende Wirkung der chemisch gebundenen, nicht freien Kohlensäure auf Herz und Verdauungstraktus.

5. Vollkommenste Ausnutzung: es wird zu $98\,^2/_3$ % vom menschlichen Körper völlig resorbiert; es gehen also nur $1\,^1/_3$ % bei der Verdauung des menschlichen Organismus verloren; bei der reinen Milch beträgt der Verlust immerhin noch $6\,^3/_4$ %.

Diese Eubiose ist eine wohlschmeckende etwas dickliche Flüssigkeit von dunkler, schwärzlicher Farbe, und ist frei von dem widerlichen, an Blut erinnernden Geruch anderer organischer Eisenverbindungen.

Angeregt durch die günstigen Gutachten, welche von einer großen Zahl von Ärzten und ärztlichen Leitern von Heilanstalten über die Wirkung der Eubiose bei den verschiedensten Formen von Chlorose und anämischen Zuständen abgegeben waren, habe ich mit dem Präparat, um seine Brauchbarkeit und Wirksamkeit im Kindesalter zu erproben, bei einer Anzahl von Kindern, wie sie mir im hiesigen St. Elisabeth-Kinderheim gerade zur Verfügung standen, im Laufe des vergangenen Jahres Versuche anzustellen Gelegenheit genommen. Es waren folgende acht Kinder, die bereits aus dem Säuglingsalter heraus waren, und bei denen eine Regeneration des Blutes nicht allein wünschenswert, sondern auch durchaus notwendig war.

1. Paul H. (J.-Nr. 1905. Nr. 32) aus Osterburg, geboren am 15. März 1903, aufgenommen 15. Juli 1905. Ein blasses Kind mit Residuen überstandener Rachitis an Kopf, Thorax und namentlich Extremitäten, der Appetit nur wenig entwickelt, sehr verdrießliches, teilnahmloses Wesen. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

2. Karl T. (J.-Nr. 1905. Nr. 22) aus Burg, geboren 31. Mai 1902, aufgenommen 28. Mai 1905. Leidlich gut entwickeltes Kind, das Nahrungsbedürfnis nur gering. Gesichtsfarbe etwas blaß. Dauer der Eubiose-Darreichung 6 Wochen.

3. Willy W. (J.-Nr. 1905. Nr. 19) aus Halberstadt, geboren 10. April 1901, aufgenommen 28. November 1904. Stark anämisches, schlecht genährtes, aber sehr intelligentes Kind, äußerst schwach und hinfällig, Appetit schlecht, Spondylitis. Dauer der Eubiose-Darreichung $2\,^1/_2$ Monate.

4. Anna K. (J.-Nr. 1905. Nr. 15) aus Dessau, geboren 19. September 1901, aufgenommen 16. Juli 1904. Kleines schwächliches, mäßig genährtes Kind von ungemein blasser Gesichtsfarbe, der Appetit war sehr ungleichmäßig. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

5. Anna O. (J.-Nr. 1905. Nr. 57) aus Staßfurt, geboren 25. Dezember 1901, aufgenommen 1. August 1905. Im allgemeinen zwar gut genährtes Kind, dessen Schleimhäute jedoch die Zeichen hochgradiger Anämie darbieten. Dauer der Eubiose-Darreichung 4 Wochen.

6. Paul T. (J.-Nr. 1905. Nr. 21) aus Burg, geboren 15. Mai 1901, aufgenommen 28. Mai 1905. Mäßig entwickeltes Kind, das durch eine rechtsseitige Pneumonie in seiner Ernährung sehr zurückgekommen war. Dauer der Eubiose-Darreichung 5 Wochen.

7. Frieda H. (J.-Nr. 1905. Nr. 53) aus Oldenburg, geboren 27. November 1900, aufgenommen 15. Juli 1904. Äußerst muskelschwaches, spärlich entwickeltes Kind, blasse Gesichtsfarbe, schlechter Appetit. Dauer der Eubiose-Darreichung 2 Monate.

8. Engelbert K. (J.-Nr. 1905. Nr. 14) aus Dessau, geboren 30. November 1899, aufgenommen 16. Juli 1904. Leidlich gut genährtes Kind, das eine hochfieberhafte Influenza durchgemacht hat und danach sich nicht recht erholen wollte. Der Appetit ließ sehr zu wünschen übrig. Dauer der Eubiose-Darreichung 4 Wochen.

Das Ergebnis der Eubiose-Medikation in diesen Fällen war zunächst, daß der Appetit der Kinder eine entschieden günstige Beeinflussung erfuhr und zwar in verhältnismäßig kurzer Zeit, schon am Ende der ersten Woche. Die Folge des vermehrten Appetites war dann eine größere Nahrungsaufnahme als vorher, was naturgemäß wieder erheblich dazu beitrug, daß die Kinder, deren Ernährungszustand mehr oder weniger zu wünschen übrig ließ, nunmehr wesentlich gekräftigt wurden, zufriedenstellendere Ernährungsverhältnisse erkennen ließen und an Körpergewicht gut zunahmen. Gleichzeitig damit wurden auch allmählich die sichtbaren Zeichen der Anämie rückgängig. Die Kinder bekamen mit der Zeit eine bedeutend lebhaftere, frischere und gesündere Farbe ihrer Haut und der sichtbaren Schleimhäute, namentlich der Lippen, Wangen und des Zahnfleisches. Daß in der Tat auch eine Vermehrung des Hämoglobins bei ihnen eintrat, ergaben in unzweideutiger Weise wiederholt vorgenommene Untersuchungen des Blutes mit der Hämoglobinskala von T. W. Talquist. Ich bemerke noch, daß ich den Kindern von dem Präparat täglich 3 Teelöffel rein und zwar jedesmal vor der Mahlzeit verabreichen ließ. Die Kinder nahmen ohne Ausnahme und anstandslos ihre Medizin, ohne jemals Widerwillen dagegen zu äußern. Irgendwelche Rücksichtnahme auf die Speisen war während der Zeit nicht notwendig.

Wenn auch die Zahl meiner Beobachtungen keine große ist, so glaube ich doch, daß sie ausreichend sind, um den Wert der Eubiose und ihre Wirksamkeit auch bei anämischen Zuständen im Kindesalter zu erweisen, und zu weiteren Versuchen anzuregen.

Die direkt appetitanregende Wirkung des Präparates in Verbindung mit der entschieden günstigen Beeinflussung der Blutverhältnisse innerhalb kurzer Zeit, seine gute Bekömmlichkeit und leichte Verdaulichkeit und nicht zum wenigsten sein angenehmer Geschmack sind Eigenschaften und Vorzüge, die uns bei der Behandlung aller auf Verarmung des Blutes an Eisen beruhenden Erkrankungen gerade im Kindesalter sehr erwünscht sind. Der Preis der Eubiose beträgt für die Flasche von ca. 250 g Inhalt Mk. 2,25.

II. Referate.

A. Schweitzer, Über das Protylin und Arsylin „Roche". (Gyógyászat. 1905. Nr. 31.) Diese Erzeugnisse von Hoffmann-Roche sind überaus leicht verdaulich und von großem Nährwert. Bei kachektischen, herabgekommenen und anämischen Patienten leistet das Protylin, bei Malaria, Malaria-Kachexie und Hauterkrankungen das Arsylin Hervorragendes.

Ernö Deutsch (Budapest).

L. Laquer (Frankfurt a. M.), Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen. (Die Therapie der Gegenwart. September 1905.) L. hat Arsen-Ferratose mit bestem Erfolge bei

Anämie, Chlorose, Neurasthenie, Hysterie gegeben. Auch bei einer größeren Reihe schlecht genährter und erschöpfter Schulmädchen erwies sich dies Präparat als vortreffliches Tonikum. Drei Fälle von Chorea minor bei Schulmädchen von 8—11 Jahren wurden damit behandelt (3—4 Teelöffel pro die) und besserten sich dabei überraschend schnell.

Grätzer.

Fr. Burger (Koburg), Über innerliche Darreichung von Lysol bei Anämie und seine mächtig den Appetit anregende Wirkung. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 9.) Besonders bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren zeigt ein guter Teil der Fälle von Anämie, wenn sie als Begleiterscheinung der lymphatisch-skrofulösen Diathese auftritt, gleichzeitig sehr unregelmäßige, schlechte Verdauung und abnorme Gärungen im Darm; die Stühle sind meist dünnflüssig, riechen fötid, der Leib ist stark aufgetrieben. Beseitigt man diese Darmgärung nicht, so beeinflußt die Resorption der Gärungsprodukte weiter das Allgemeinbefinden und die Blutbeschaffenheit, eine Gesundung jener Kinder tritt nicht ein.

Gegen jene Gärung hat nun B. mit Erfolg Lysol angewandt und gefunden, daß dasselbe absolut nicht schadet, selbst in Tagesgabe von 0,75—1 g bei Kindern von 2—4 Jahren, bis zu 2 g bei älteren. Die Darmtätigkeit wurde sehr günstig beeinflußt, die Stühle wurden normal das Allgemeinbefinden und die Anämie besserten sich zusehends, vor allem aber regte Lysol den Appetit so mächtig an, daß B. bald gegen bloße Appetitlosigkeit Lysol verordnete und die Patienten ohne ärztliche Ordination von der Apotheke die „Freßpillen“ haben wollten. Das Rezept lautet:

Rp. Lysol. 5,0
Succ. Liq.
Pulv. Liq. qu. s. ut f. p. Nr. 50.
S. 1—2stündl. 1 Pille.

Bei stärkeren Durchfällen setze man etwas Extr. Opii zu, bei hochgradiger Chlorose bewährte sich eine Kombination mit Ferr. reduct. und Magnes. ust. Die Pillen riechen und schmecken ja nicht gut, aber mit Energie erreicht man, daß sie genommen werden.

Grätzer.

W. Nebel, Über Bioferrin und einige Bemerkungen über Anämie bei Säuglingen. (Aus dem Versorgungshause für Mütter und Säuglinge in Haan bei Solingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 24.) Bioferrin hat sich bei kleinen anämischen Kindern bestens bewährt. Die Versuche fielen so befriedigend aus, daß N. zu dem Schlusse kommt, daß „Bioferrin ein sehr beachtenswertes Eisenpräparat ist, das besonders in der Kinderpraxis wegen seines angenehmen Geruches, Geschmackes, seiner flüssigen Form und schönen, klaren Farbe und ferner seiner guten Ausnutzbarkeit gerade in kleinen Gaben zu weitester Verbreitung berufen erscheint.“

Was nun die Anämie bei Säuglingen anbetrifft, so fiel sowohl N. wie seinem Chef (Dr. Selter) bei den Hämoglobinbestimmungen (nach der Tallquistschen Methode) auf, daß hochgradig anämisch

aussehende Kinder einen Hämoglobingehalt von 70—80 % aufweisen. N. sagt darüber nun folgendes:

Wenn man Anämie als klinisches Symptom vor sich hat, so könnte

1. das Blutvolumen vermindert und die fehlende Menge durch stärkeren Gefäßtonus ausgeglichen sein; die Blutzusammensetzung brauchte sich dann nicht von der Norm zu entfernen;

2. der Mangel an normal zusammengesetztem Blut könnte durch die Aufnahme anderer Flüssigkeit beseitigt sein. Es würde also eine Verdünnung des Blutes eintreten. Der Gefäßtonus braucht hierbei nicht auszuhelfen.

In den meisten Fällen von Anämie dürfte es sich wohl um ein Zusammenwirken beider Faktoren, aber in verschiedenem Grade handeln.

Ich halte es nun für möglich, daß diese anämischen Kinder mit dem verhältnismäßig hohen Hämoglobingehalte von 70—80 % in der Tat anämischer sind, als sie nach der Hämoglobinbestimmung erscheinen, und daß es sich um eine Blutarmut in des Wortes wörtlicher Bedeutung, um eine „Haematopenia vera“, handelte. Der Körper ist nach vielfacher Erfahrung bestrebt, die Zusammensetzung seines Blutes nur innerhalb geringer Grenzen schwanken zu lassen. Es müßte also der Gefäßtonus den Blutmangel ausgleichen. Bei der größeren Elastizität der kindlichen Gewebe ist es keine allzu starke Behauptung, wenn man den kindlichen Gefäßen größere Kontraktilität, mithin ergiebigeren Tonus zuschreibt. Daß nun gerade der Tonus bei dieser Anämie vornehmlich in Wirksamkeit tritt, dafür scheint mir das anämische Aussehen der Kinder, die bleiche Hautfarbe zu sprechen. Die Hautkapillaren sind entsprechend dem ganzen Gefäßsystem stärker kontrahiert, also schmaler und zierlicher. Die Beimischung der Rotkomponente zur Hautfarbe, die von ihnen stammt, ist geringer. Die Kinder erscheinen also bei fast normalem Hämoglobingehalte bleich, weil die Hautgefäße wegen des Blutmangels stark kontrahiert sind und in einem Zustande lange Zeit verharren, der sich beim Gesunden nur vorübergehend einstellen kann — beim Erbleichen.

Grätzer.

O. Gondesen, Über die blutstillende Wirkung des „Paranephrin Merck“, beobachtet in einem Falle von Hämophilie. (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) Es handelt sich um ein 12jähriges hämophiles Mädchen, das nach einer Zahnextraktion eine lebensbedrohende Blutung aus der Alveole bekam. Diese stand erst auf Kompression mit in die Paranephrinlösung getauchten Wattestückchen, und als die Blutungen noch 2mal wiederkamen, tat diese Behandlung wieder ihre Schuldigkeit und wirkte hier direkt lebensrettend.

Grätzer.

I. Snow, Eye Symptoms of Infantile Scurvy. (Archives of Pediatrics. 1905. Vol. 22. S. 577.) S. beobachtete eine starke Proptosis des rechten Auges und eine weniger ausgesprochene Proptosis des linken Auges bei einem 9 Monate alten Kinde, das an Scorbutus litt. Die unteren und oberen Augenlider waren angeschwollen

und schwarz, die Corneae trüb, die Conjunctivae dagegen ganz klar und der Augapfel frei beweglich. Die Diagnose von Scorbutus war mit Hilfe anderer Symptome sicher festgestellt. Das Kind starb 36 Stunden später. H. B. Sheffield.

E. Looser, Über die Knochenveränderungen beim Skorbut und bei der Barlowschen Krankheit (Säuglingsskorbut). (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Verf. tritt lebhaft für die Identität der Barlowschen Krankheit und des Skorbut ein, welcher sich weder in ätiologischer, symptomatologischer, noch pathologisch-anatomischer Beziehung davon unterscheidet. Der Skorbut macht regelmäßig Knochenveränderungen, und zwar gewöhnlich nur am jugendlichen, noch wachsenden Skelett, während beim Erwachsenen gröbere Knochenveränderungen selten (zuweilen an den Rippen) gefunden werden; hier und da kommt aber eine isolierte skorbutische Erkrankung (Auflösung) des Callus längst geheilter Frakturen vor (da der Callus noch längere Zeit nach der Konsolidation den Charakter des jugendlichen Knochens besitzt). Das Wesen der Barlowschen Krankheit besteht einzig in einer hämorrhagischen Diathese infolge einer chronischen Ernährungsstörung. Alle übrigen Symptome sind die Folgen der besonderen Lokalisation der Blutungen. Das fibröse Mark mit seinen Variationen ist die typische unausbleibliche Folge der Markblutungen; auch die im Bereiche der Markveränderungen vorkommende Atrophie der Spongiosa und der dazu gehörenden Corticalis ist eine Folge der subperiostalen und namentlich der Markblutungen. Die von Ziegler so benannte Osteotabes infantum ist ein Fall von Barlowscher Krankheit, bei dem die Blutungen ausnahmsweise mehr in die Mitte der Diaphyse erfolgt sind, als wie gewöhnlich am Ende derselben. Es empfiehlt sich für die Barlowsche Krankheit der allein richtige Namen infantiler Skorbut oder besser Säuglingsskorbut.

Hecker (München).

W. Stoeltzner, Ein anatomisch untersuchter Fall von Barlowscher Krankheit. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 73.) Am meisten interessiert an diesem Fall, daß während derselben Zeit, in der die Barlowsche Krankheit zur Heilung gelangt ist, der gleichzeitig bestehende rachitische Knochenprozeß sich als fortschreitend erwies. Ferner, daß die für Barlowsche Krankheit charakteristischen schweren anatomischen Knochenveränderungen in weniger als 3 Monaten vollständige Reparatur erfuhren. Die Knorpelwucherungsschicht an der distalen Epiphysengrenze der Tibia zeigte ausgesprochene Degeneration, ein Befund, der bisher nur von Schödel und Nauwerck festgestellt worden war. Hecker (München).

E. Schlesinger (Straßburg), Zur Symptomatologie der Barlowschen Krankheit. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. No. 43.) Der Fall, der ein 8 Monate altes Kind betraf, zeichnete sich zunächst dadurch aus, daß der subperiostale Bluterguß an der proximalen Diaepiphysärgrenze der Oberschenkel lokalisiert war, ein überaus seltenes Ereignis. Etwas fast einzig Dastehendes war ferner der Umstand, daß der Exophthalmus infolge orbitalen Hämatoms als erstes Symptom

der Barlowschen Krankheit auftrat. Die Proptosis hat also eine diagnostische Bedeutung als Frühsymptom. Übrigens erfolgte die Blutung hier in Schüben oder sie rezidivierte.

Sonst entsprach die Beobachtung in zahlreichen Punkten dem gewöhnlichen Bilde der Barlowschen Krankheit. Eintritt um den achten Lebensmonat herum, Angehörigkeit des Kindes zu einer gutsituierten Familie, Fehlen jeglichen Zeichens von Rachitis, dem Ausbruch vorangehende Enteritis usw. Vorhanden waren ferner profuser Hinterhauptsschweiß, eine beträchtliche Pulsbeschleunigung und Albuminurie zur Zeit des Höhepunktes, Symptome, die auch gelegentlich von anderen schon beobachtet wurden.

Ätiologisch war auch hier fehlerhafte Ernährung verantwortlich zu machen. Das Kind war mit Cratos Kindermehl ernährt worden. Nachdem diese Ernährung aufgegeben und Milch (nur kurz aufgekocht) gegeben worden war, trat geradezu zauberhaft ein Umschwung ein; in 10 Tagen waren Enteritis und Barlowsche Krankheit geheilt.

Grätzer.

Filippo Pagliari, Über einen Fall von Barlowscher Krankheit. (Rivista di Clinica Pediatrica. Mai 1905.) Verf. veröffentlicht hier den ersten in Rom zur Beobachtung gelangten Fall von Barlowscher Krankheit. Es handelte sich um ein 8 Monate altes Kind, das mit sterilisierter Milch genährt war. Der Fall ging in Heilung über. Angeregt von seiner Beobachtung tritt Verf. in ein kritisches Studium der Literatur ein und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Barlowsche Krankheit ist mit äußerster Wahrscheinlichkeit eine Infektionskrankheit; die Ernährungsweise nimmt einen Platz unter anderen prädisponierenden Momenten ein, darf aber nicht als Ursache der Krankheit gelten. Daß die Barlowsche Krankheit gerade bei solchen Kindern auftritt, die mit sterilisierter Milch ernährt sind, hängt damit zusammen, daß die durch diesen Präparationsprozeß ihrer antiskorbutischen Eigenschaften beraubte Milch nicht mehr gegen die Infektion schützt, die die eigentliche Krankheitsursache darstellt. Es gibt eine große Anzahl von Fällen, die als Formes frustes oder im Anfangsstadium unbemerkt bleiben und sich unter schwerer Anämie, Kachexie usw. verbergen oder falsch gedeutet werden.

F.

Miron, Blutfleckenkrankheit (Purpura) von sumpfigem Ursprunge. (Mediz. Klinik. 1905. Nr. 22.) Bei einem $3^1/_2$ jährigen Mädchen, das in einer Malariagegend wohnte, zeigte sich neben Malaria ausgesprochene Purpura. Letztere verschwand zugleich mit der Malaria dauernd auf energische antimalarische Behandlung hin und nachdem die Eltern die Gegend verlassen. Es folgert M. daraus, daß auch die Purpura hier palustren Charakter hatte.

Grätzer.

H. Grenet, Pathogénie du purpura, recherches cliniques et experimentales. (Thèse de Paris. 1905.) G. führt die Purpura auf eine Intoxikation nervösen Ursprunges zurück, deren Ausgangspunkt eine medullare oder periphere Nervenerkrankung sein kann, doch ist es notwendig, daß gleichzeitig oder vorhergehend auch eine

viszerale Läsion bestehe. Namentlich ist es die Leber, welche in dem Zustandekommen dieser Krankheitsform eine Rolle zu spielen scheint, dadurch, daß infolge krankhafter Veränderungen derselben das Blut viel flüssiger wird. Man kann beim Kaninchen experimentell Purpura hervorrufen dadurch, daß man die Leber verletzt und gleichzeitig Toxine in den Rückenmarkskanal einspritzt. Ein derartiges Toxin ist im Blute Hämophiler und Purpurischer enthalten; auch durch das Toxin der Diphtheritis kann man Purpura hervorrufen. Auch beobachtet man oft die in Rede stehende Krankheit bei Zirrhotikern und Choloemischen, sowie auch anderer Krankheiten, namentlich solcher infektiöser Natur, welche auf das Leberparenchym einwirken.

E. Toff (Braila).

Paul Mantel, Purpura exanthématique. (Archives de méd. des enf. Juin 1905.) Die Krankheit trat bei einem sonst gesunden und hereditär nicht belasteten 8 jährigen Kinde auf und dauerte 6 Monate, wenn auch mit Unterbrechungen, indem sechs Rezidive auftraten, und zwar jedesmal, wenn man versuchte, der Patientin konsistentere Nahrung zu verabreichen, oder sie in aufrechter Haltung, außerhalb des Bettes zubringen zu lassen. Ruhe und Diät genügten dann in kurzer Zeit um die krankhaften Symptome verschwinden zu machen. Die Stellen, an welchen sich die Hautblutungen entwickelten, waren zuvor Sitz empfindlicher Schmerzen, auch die Darm- und Blasenblutungen traten nach heftigen kolikartigen Schmerzen des Bauches auf. Im Harne wurden öfters Eiweiß und Zucker nachgewiesen, doch verschwanden dieselben zugleich mit den krankhaften Erscheinungen. Die einzige nachweisbare Ursache des betreffenden Krankheitsfalles waren Schreck und psychische Aufregungen, doch scheint es sich am Anfange derartiger Erkrankungen eher um eine gastrointestinale Infektion zu handeln.

E. Toff (Braila).

H. Grenet, Pathogénie du purpura (recherches cliniques) et expérimentales. (Thèse de Paris. 1905.) Der Verf. hat sowohl klinisch als auch experimentell die Purpura haemorrhagica studiert und ist auf Grund seiner Erfahrungen zur Überzeugung gelangt, daß es sich bei dieser Krankheit um nervöse Störungen handelt, in Verbindung mit hepatischen Läsionen. Infolge Bestehens der letzteren soll die im Blute zirkulierende Eiweißmenge vermindert und hierdurch dasselbe flüssiger werden, wodurch Blutungen viel leichter zustande kommen, während die Verteilung derselben auf die nervösen Störungen zurückzuführen ist. G. konnte diese verschiedenen Störungen auch experimentell feststellen, indem er bei Kaninchen Leberläsionen bewirkte, dann in das Rückenmark Blut von Purpurakranken oder Hämophilen, oder auch Diphtherietoxin einspritzte. Auf diese Weise konnten experimentell alle Arten von Eruptionen hervorgerufen werden.

E. Toff (Braila).

Swart, Vier Fälle von pathologischer Blutbildung bei Kindern. (Bantische Krankheit? Syphilis?) (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 3.) Bei einem Neugeborenen und drei Kindern aus dem ersten bzw. zweiten Lebensjahre weiblichen Geschlechts fand sich klinisch ein sehr ähnlicher Symptomenkomplex: hochgradige

Anämie, starke Vergrößerung der Leber und Milz und in zwei Fällen ausgesprochener Aszites. Weder anamnestisch noch klinisch ergaben sich Anhaltspunkte für kongenitale Syphilis. Auch makroskopisch ließ sich nichts finden bei der Sektion, was für Syphilis gesprochen hätte. Die mikroskopische Untersuchung, die fast in allen Fällen an der Milz, der Leber, dem Knochenmark, Lymphknoten und Niere vorgenommen wurde, ergab im allgemeinen übereinstimmende, nur graduell verschiedene Befunde. Es fand sich nämlich als Ursache der Leber- und Milzvergrößerung eine eigenartige, hochgradige klein- und großzellige Wucherung, die als Ausdruck einer übertriebenen, hämatopoetischen Funktion beider Organe aufgefaßt wird, „und zwar derjenigen Form, die sonst nur auf die fötale Periode beschränkt ist, bei der Milz früh sistiert, bei der Leber den Geburtstermin nur wenig überschreitet". Ähnliche und in demselben Sinne gedeutete Veränderungen fanden sich in den Nieren, Lymphknoten und Knochenmark. Auf Grund der nach Abschluß der Arbeit noch vorgenommenen Färbung der Präparate auf Zellgranula nach Schridde ergab sich, daß hauptsächlich folgende Zellen an der Wucherung beteiligt waren: Mutterzellen der granulierten Leukozyten, neutrophile Myelozyten und Erythroblasten. S. rechnet seine Fälle zur Anaemia splenica und glaubt die Möglichkeit, daß es sich um eine besondere Art der Äußerung der kongenitalen Syphilis, die in diesen Fällen nur auf den hämatopoetischen Apparat beschränkt gedacht werden muß, handelt, nicht ausschließen zu sollen. Bennecke (Marburg).

Oppenheimer, Riesenleberzellen bei angeborener Syphilis. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 2.) O. untersuchte 7 Fälle von kongenitaler Syphilis bei Neugeborenen und kleinen Kindern und fand in allen diesen Fällen Riesenzellenbildungen in der Leber, die sich den Leberzellenbalken einfügten. Kontrolluntersuchungen zeigten, daß sich die Riesenzellen nur in solchen syphilitischen Lebern fanden, die auch sonstige entzündliche Veränderungen aufwiesen; in den vorliegenden Fällen war verschieden hochgradige Leberzirrhose und umschriebene Leberzellennekrose vorhanden. Die Riesenzellen leitet O. von den Leberzellen ab und nimmt für ihre Entstehung eine unizelluläre Genese und nicht ein Konfluieren aus mehreren einzelnen Leberzellen an. Bennecke (Marburg).

Barbulescu, Das Enesol in der Behandlung der Syphilis. (Rivista sanitara militara. November 1905.) Das Enesol oder salizylarsensaure Quecksilber ist eine Hg-Verbindung, welche sich durch eine besondere geringe Giftigkeit auszeichnet. Vergleichsweise ist die Giftigkeit desselben etwa 70 mal geringer als diejenige des Jodquecksilbers, außerdem ist es viel weniger reizend, so daß die intramuskulären Einspritzungen mit Lösungen desselben fast schmerzlos sind, und endlich hat dasselbe auch tonisierende und dynamische, auf den Arsenikgehalt zurückzuführende Eigenschaften. Verf. hat gute Erfolge in der Behandlung der Syphilis in verschiedenen Stadien und Formen erzielt, so bei syphilitischer Iritis, Gummen des weichen Gaumens, verschiedenen sekundären Syphiliden usw. und empfiehlt es an der Stelle der bisher benutzten Quecksilbersalze. Die täg-

liche Dosis ist 0,06—0,12 und sind für eine Behandlungsserie 20 bis 30 Einspritzungen notwendig. E. Toff (Braila).

Hübner, Über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse von der Spirochaete pallida. (Dermatol. Zeitschr. Bd. 12. Heft 11.) Eine ausführliche Zusammenstellung der Literatur bis zum 31. VIII. 1905. Verf. hat 85 Publikationen berücksichtigt und in sehr übersichtlicher Weise alles Wissenswerte herausgearbeitet. Der Index der Literatur wird jedem, der sich mit der neuesten Syphilisforschung beschäftigt, sehr willkommen sein. James O. Wentzel (Zittau).

Richard Wiesner, Über Erkrankung der großen Gefäße bei Lues congenita. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. Nr. 20.) Bei 9 von 10 Kindern mit kongenitaler Lues konnte W. an der Aorta, ihren größeren Verzweigungen und der A. pulmon. Veränderungen beobachten, die er für kongenitale Lues für charakteristisch hält, und die die äußerste Schicht der Media, seltener die innerste, dem Lumen zugewandte, Schicht der Adventitia betreffen. Bei bald nach der Geburt gestorbenen Kindern bestehen diese Veränderungen in Zellansammlungen um die stark gefüllten Vasa vasorum; bei älteren Kindern treten die Zellen gegenüber einer perivaskulären Bindegewebswucherung ganz zurück oder fehlen ganz; auch findet sich oft partielle oder totale Obliteration der Vasa vasorum. In einem Falle konnte ein noch älteres Stadium beobachtet werden. Es fand sich schwielige Verdickung des neugebildeten Bindegewebes und ausgedehnter Zerfall elastischer Fasern an den in Frage kommenden Stellen. Reichliche Kontrolluntersuchungen ergaben das Fehlen dieser Veränderungen bei nicht syphilitischen Kindern.

Bennecke (Marburg).

J. Trumpp, Blutdruckmessungen an gesunden und kranken Säuglingen. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63.) Die Resultate von 1300 Blutdruckmessungen, welche T. im Berliner Kinderasyl vorgenommen hat. Er bediente sich des Gärtnerschen Tonometers, bei welchem er die Anämisierung insofern änderte, als er statt eines Gummiringes die durch ein Glasrohr geleitete Schlinge einer vierkantigen Gummischnur benutzte, die durch Zug an dem Glasrohr nach Belieben erweitert und verengert werden kann. Nicht nur muß die Anämisierung schonend sein, sondern auch das ganze übrige Verfahren muß darauf eingerichtet sein, den Säugling möglichst wenig zu stören. Die Messung wurde deshalb entweder an dem im Bett liegenden Säugling vorgenommen, oder dieser wurde in seiner ganzen Packung auf den Tisch gelegt. Um volle Objektivität des Verfahrens zu garantieren, wurde bei der Messung das Manometer nur 2 mal abgelesen. Das eine Mal zur Bestimmung des Überdruckes, das andere Mal zur Bestimmung des Blutdruckes (B.D.) im Moment der diffusen Rötung der Fingerbeere. Die Messungen wurden täglich einmal, in manchen Fällen 2 mal vorgenommen, und zwar fast stets — zur Kontrolle — an Fingern beider Hände.

Eine Prüfung von 300 Messungen ergab ein Überwiegen des B.D. an der linken Hand in 122 Fällen, an der rechten Hand in

97 Fällen, völlig gleiche Werte an beiden Händen in 81 Fällen. Die Differenzen betrugen 2—10 mm, die höchste Differenz in einigen seltenen Fällen 15 mm. Die B.D.-Befunde wurden erst am letzten Tage mit den klinischen Befunden verglichen. Bei der großen Empfindlichkeit des B.D. auf alle möglichen physiologischen Reize hat die einzelne B.D.-Messung keine große Bedeutung, wertvoller dagegen ist die B.D.-Kurve. Jede Muskeltätigkeit, jeder Nervenreiz erhöht den B.D. Beim wachenden Säugling ist der B.D. höher als beim schlafenden, was von der Bewegung abhängt. Nach der Nahrung ist der B.D. um 8—10 mm höher als vor der Mahlzeit. Der Nahrungswechsel hat Einfluß insofern, als besonders Übergang von künstlicher zu natürlicher Ernährung eine Steigerung des B.D. bedingen kann.

Beim gesunden ruhigen Säugling scheint der B.D. nicht über 90 mm Hg zu steigen und nicht unter 60 mm Hg zu sinken. Der Mittelwert beträgt 80 mm Hg. Werte darunter finden sich gewöhnlich nur beim schlafenden Kinde, oder bei früh und schwach geborenen Säuglingen. Neugeborene zeigen kein anderes Verhalten ihres B.D. als ältere Säuglinge. Dagegen scheint Ikterus bei denselben den B.D. zu beeinflussen, in der Weise, daß der B.D. im Anfangsstadium erhöht, nach voller Entwicklung des Ikterus erniedrigt wird. Bei Bronchitis und Bronchopneumonie findet sich der B.D. stets erhöht, und zwar proportional der Schwere der Erkrankung und der vorhandenen Herzkraft. Erhöhung des B.D. findet sich ferner bei nervöser Übererregbarkeit und Krämpfen, bei Angina, Rhinitis, Otitis, Lymphadenitis suppurativa, Furunkulose und Phlegmone.

Bei akuten Ernährungsstörungen sieht man regelmäßig nach starken Wasserverlusten und Gewichtssturz einen Abfall der B.D.-Kurve auf subnormale Werte. Ebenso bei solchen, die mit Intoxikationen einhergehen. Bei chronischen Ernährungsstörungen ist der B.D.-Befund in jedem Falle wieder verschieden, je nach den Begleitumständen des oft recht wechselvollen Krankheitsbildes.

Bei zwei Fällen mit ganz enormen V-förmigen Gewichtsschwankungen folgt die B.D.-Kurve der Gewichtskurve nicht nur in der absteigenden, sondern auch wieder in der aufsteigenden Linie.

T.s theoretische Ansicht über diesen Befund ist im Original nachzulesen. Zur frühzeitigen Unterscheidung zwischen Körperansatz und bloßer Wasserretention dürften B.D.-Messungen noch wertvoll werden.

Hecker (München).

K. Oppenheimer und **S. Bauchwitz**, Über den Blutdruck bei gesunden Kindern. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 22. Heft 5 u. 6.)

Die Untersuchungen wurden an einer größeren Zahl kleiner und großer Kinder ausgeführt, und zwar mit dem Apparat von Riva Rocci, der in der Sahlischen Modifikation den Verff. für Blutdruckuntersuchungen bei Kindern und auch bei Säuglingen geeignet erscheint. Nur wenn die letzteren schreien, erhält man falsche Werte. Es ergab sich, daß der Blutdruck mit zunehmendem Alter ansteigt. Nach Aufnahme von Nahrung, besonders bei reichlicher Nahrungszufuhr tritt stets eine Erhöhung ein; bei Säuglingen ist eine solche

Steigerung nicht immer vorhanden. Ebenso erhöht reichliche Flüssigkeitszufuhr den Blutdruck. Unter allen Umständen wird er erhöht durch physische Erregung, während ausgiebige Bewegung (Springen usw.), den Druck teils erhöht, teils nicht verändert. Hecker (München).

van Cordt, Über Veränderungen von Blutdruck, Blutzusammensetzung, Körpertemperatur, Puls und Atemfrequenz durch Einwirkung kühler Luft auf den nackten Menschen. (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie. Bd. 9. Heft 7 u. 8.) Der Einfluß eines mit mäßiger Wärmeentziehung verbundenen Kältereizes auf einen großen Teil der Hautoberfläche des gesunden Menschen gibt sich in einheitlicher Weise ohne plötzliche Reaktionserscheinungen kund in der Blutverteilung, dem Blutdruck, Körpertemperatur, Puls- und Atmungsfrequenz. Der Einfluß auf die Blutverteilung dokumentiert sich durch eine periphere Kälteleukozytose, eine Abnahme der Erythrozyten und Vermehrung der Leukozyten. Blutdruck und Temperatur des Körperinnern steigen von Beginn der Kältewirkung an, um erst nach Erreichung eines individuell verschieden hohen und zeitlich verschiedenen Maximums langsam oder rascher zu wirken. Puls und Atmungsfrequenz nahmen in geringem Maße ab.

Freyhan (Berlin).

Scheidemandel, Über die durch Adrenalininjektion zu erzeugende Aortenverkalkung der Kaninchen. (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 2.) S. kommt zu ähnlichen Resultaten wie Ziegler (siehe das folgende Referat) bezüglich des histologischen Befundes an den großen Arterien nach langdauernder Adrenalininjektion; nur beschreibt er Einrisse der elastischen Lamelle, die er wegen der Gegenwart von Fremdkörperriesenzellen für intra vitam entstanden ansieht. Ferner glaubt S. eine elektive Wirkung des Adrenalins auf die glatten Muskelfasern annehmen zu sollen. — Zu seinen Versuchen benutzte S. Adrenalin-Takamine, Epirenan-Beyk, und Paranephrin. Alle drei Substanzen verhalten sich in klinischer wie pathologisch-anatomischer Wirkung ähnlich. Die individuelle Widerstandsfähigkeit der Kaninchen und Meerschweinchen ist der sicher beobachteten Giftwirkung gegenüber eine sehr verschiedene. Einzelne Tiere sterben sofort nach Injektion kleinster Mengen, während andere große Dosen vertragen. — Die experimentell erzeugten Verkalkungen sind nicht der menschlichen Arteriosklerose gleich zu bewerten. Bennecke (Marburg).

K. Ziegler, Über die Wirkung intravenöser Adrenalininjektion auf das Gefäßsystem und ihre Beziehungen zur Arteriosklerose. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 38. Heft 1.) Z. injizierte Kaninchen intravenös während längerer Zeiträume bald in konstanter, bald in steigender Dosis schwache Adrenalinlösungen. Die dadurch entstehenden Gefäßveränderungen zeigen gewisse Ähnlichkeiten mit bestimmten Formen der menschlichen Arteriosklerose. Die ersten Veränderungen sind Nekrosen der Muskulatur in der Media der größten Arterien, in die hinein es zu Kalkablagerungen kommt. Dann treten an entsprechenden Stellen

auch Nekrosen der elastischen Fasern auf. Entzündliche Veränderungen bilden sich erst spät, und zwar vornehmlich in der Adventitia, ausgehend von den Vasa vasorum in Gestalt von feinen Gefäßsprossen. Die durch die Nekrose bedingte geringere Widerstandsfähigkeit der Wandung an umschriebener Stelle gegen die Blutdruckschwankungen wird nach Möglichkeit ausgeglichen durch eine eigentümliche, nicht vom Endothel ausgehende, zellige Wucherung der Intima. — Z. erklärt die von ihm erhobenen Befunde als bedingt durch Zirkulationsstörungen im Bereiche der Vasa vasorum; er kann anatomisch nicht entscheiden, ob diese direkt oder auf nervösem Wege zustande kommen. Die Muskulatur der Media ist zu schwach, um den auf sie einwirkenden Druckschwankungen Widerstand zu leisten. Um eine elektive Giftwirkung auf die glatte Muskulatur handelt es sich dabei nicht, da unter anderem die glatte Muskulatur des Uterus Veränderungen nicht erkennen ließ. — Adrenalin an sich ist in größeren Dosen giftig, es tritt aber mit der Zeit eine gewisse Tolerenz ein. Die individuelle Widerstandsfähigkeit ist bei verschiedenen Tieren eine verschiedene. Bennecke (Marburg).

Rudolf Oppenheimer, Über Aortenruptur und Arteriosklerose im Kindesalter. Ein Beitrag zur Entstehung der Arteriosklerose. (Aus dem path. Institut d. Universität Würzburg.) (Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 2.) O. untersuchte die Aorten zweier Kinder (9 bzw. 10 Jahre) mikroskopisch, die beide im aufsteigenden Aste des Aortenbogens umschriebene arteriosklerotische Veränderungen aufwiesen. Bei dem jüngeren Kinde war es zu einer Spontanruptur der Aorta gekommen. Entzündliche Veränderungen fanden sich an der Aorta bei der mikroskopischen Untersuchung nicht, wohl aber eine Störung im Aufbau der elastischen Fasern in der Media und sekundäre separate Wucherungen in der Intima und Adventitia, die zu dem Schlusse berechtigen, daß die Ruptur, wohl im Anschluß an eine Blutdrucksteigerung, von der Media ihren Ausgang nahm. Im zweiten Falle, der mit Nephritis kombiniert war, fanden sich entzündliche Veränderungen der Adventitia und Media, die zweifellos von der Vasa vasorum ausgegangen waren. Ätiologisch spielen in diesem Falle Toxine eine Rolle. Bennecke (Marburg).

G. Guyot, Über das Verhalten der Lymphgefäße der Pleura bei proliferierender Pleuritis. (Zieglers Beitr. Bd. 38. Heft 1.) Über das Verhalten der Lymphgefäße bei Pleuritis liegen eingehende Untersuchungen bisher nicht vor. G. erzeugte deshalb, da Injektionsversuche der Lymphgefäße an menschlischen Pleuraschwachen fehl schlugen, bei Kaninchen durch Aleuronat eine exsudativ produktive Pleuritis. In der ersten Zeit sind die subpleuralen Lymphgefäße erweitert, aber bereits später finden sich in ihnen polynukleäre Leukozyten, an deren Stelle dann, wenn die Organisation beginnt, Lymphozyten treten. Daneben bilden eiweißartige Massen, auch rote Blutkörperchen, den Inhalt, so daß eine Unterscheidung von Blutgefäßen oft schwer ist. Sobald die Organisation auf der Pleura beginnt, fangen die Lymphgefäße an, Sprossen durch die elastische Grenzlamelle in das Granulationsgewebe zu senden. In

diesem treten auch Spalten auf, die später mit den Lymphkapillaren in Verbindung treten und von ihnen eine Auskleidung mit Endothel bekommen. Bennecke (Marburg).

P. J. O. van der Meer, De waarde der Cytodiagnostiek van pleura-exsudaten. (Die Bedeutung der Zytodiagnostik für die Exsudate der Pleurahöhle.) (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1905. Bd. 2. S. 194.) Es wurden für die Zytodiagnostik 23 Fälle von Pleuritis exsudativa verwendet. In 11 Fällen, wo Lymphozytose gefunden wurde, konnte die nichttuberkulöse Natur festgestellt werden. In den zwölf anderen Fällen wo die Diagnose Leukozytose war, erwies sich das Exsudat in 8 Fällen sicher tuberkulös, und in 3 Fällen wurden zwar keine Tuberkelbazillen gefunden, doch war eine sehr ausgesprochene hereditäre Anlage vorhanden. Nur ein einziger dieser 12 Fälle war sicher nichttuberkulös (maligner Tumor).

M. kommt zu dem Schluß, daß die Lymphozytose mit Sicherheit die tuberkulöse Natur der Pleuritis anzeigt, während das Fehlen dieser Lymphozytose die Diagnose Tuberkulose nicht ausschließen soll.

Ref. ist der Meinung, daß aus diesen Untersuchungen ebensogut als aus denen Vetters (s. unten) der große Wert der Zytodiagnostik spricht, und die anwesende Lymphozytose mit Sicherheit für die tuberkulöse Natur spricht, während beim Fehlen dieser mit der größten Wahrscheinlichkeit Tuberkulose ausgeschlossen werden kann.

Im Anschluß an diese Untersuchungen von Pleuritis wurde auch von M. in 5 Fällen von Meningitis die Lumbalpunktionsflüssigkeit zytodiagnostisch untersucht. Auch hier wurde in den 4 Fällen von Lymphozytose mit Sicherheit Tuberkulose konstatiert, während es sich in dem einzigen Falle von Leukozytose um Genickstarre (mit Heilung) gehandelt hat. Auch hier ergibt sich also der große Wert der Zytodiagnostik. Graanboom (Amsterdam).

W. Vetter, Morphologisch en bacteriologisch onderzoek von pleuraexsudaten. (Morphologische und bakteriologische Untersuchungen von Pleuraexsudaten.) Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 352.) Bei 10 Patienten mit sog. primärer Pleuritis wünschte V. dem klinischen Wert der durch Widal und Rivault angegebenen Zytodiagnostik nachzugehen. Widal und Rivault haben nämlich gefunden, daß die Pleuraexsudate nach ihrer zellularen Zusammensetzung in drei Hauptgruppen eingeteilt werden können, und daß jede dieser Gruppen eine bestimmte Zell-Formel beantwortet. Bei der ersten Gruppe, welche die Pleuritis tuberculosa umfaßt, findet man nur ausschließlich Lymphozyten (Lymphozytose). Bei der zweiten Gruppe, welcher die entzündlichen Exsudate von nichttuberkulöser Natur angehören (s. w. Pneumokokken, Staphylokokken, Pleuritis usw.) finden sich hauptsächlich polynukleäre Leukozyten (Polynukleose), während bei der dritten Gruppe, welche auf mechanischer und toxischer Ursache beruht (s. w. Hydrothorax und Pleuritis bei Herz- und Nierenkranken), sich hauptsächlich Endothelzellen (Endotheliose) finden.

In den 10 Fällen von primärer Pleuritis war bei sehr genauer und wiederholter Untersuchung in den Lungen kein einziger Anhaltspunkt für die tuberkulöse Natur des Leidens zu eruieren. Sie betrafen alle zuvor ganz normale Individuen, ohne hereditäre Anlage und mit ausgesprochenem akuten Anfang des Leidens. Die tuberkulöse Natur war also aus den klinischen Erscheinungen sehr zweifelhaft. Durch die Zytodiagnostik nun konnte in allen Fällen Lymphozytose konstatiert, und so die tuberkulöse Natur sichergestellt werden.

Zur Kontrolle wurden fünf Pleuraexsudate bei sicher Nichttuberkulösen (s. w. Carcinoma der Pleura usw.) auf Lymphozytose untersucht, und bei allen diesen fehlte dieser Zell-Befund.

Die Ergebnisse der Zytodiagnostik wurden nun weiter durch das Tierexperiment und die Kulturmethode kontrolliert. Durch die erste gelang es in sechs, durch die zweite in neun der zehn untersuchten Fälle Tuberkelbazillen nachzuweisen. In 2 Fällen, wo das Tierexperiment, und in dem einen Falle, wo die Kulturmethode negative Ergebnisse gaben, war dies Folge des zu geringen Quantums untersuchter Exsudate. Es zeigte sich also, daß in allen 10 Fällen, wo die Zytodiagnostik eine für Tuberkulose charakteristische Zell-Formel ergab, es sich auch wirklich um Tuberkulose handelte.

Die durch V. angewandte Methode war die folgende: Zwei Zentrifugierröhrchen werden mit 8 ccm physiol. Kochsalzlösung gefüllt, danach zu jedem Röhrchen 2 ccm der frisch aspirierten Exsudatflüssigkeit gemischt; 3—5 Minuten zentrifugiert und nun das Sediment untersucht. Auf das Deckglaspräparat wurden dazu einzelne Tropfen der Färbelösung (Leishmans Eosin-Methylenblaulösung) gebracht, und nach $^1/_2$ Minute die doppelte Anzahl Tropfen destillierten Wassers zugefügt, nach 5 Minuten abgespült, dann 1 Minute liegen gelassen in destilliertem Wasser, endlich Trocknen. Das Fixieren geschieht durch die Färbelösung.

Graanboom (Amsterdam).

Artemio Magrassi, Der chirurgische Eingriff bei den eitrigen Pleuritiden der Kinder. (La Pediatria. Januar 1905.) Verf. berichtet über 39 Fälle. Bei sieben Kindern hat er die Pleurotomie unter totaler Anästhesie gemacht, in allen anderen Fällen die Rippenresektion in Narkose. Er betont besonders zwei Punkte: die sorgfältige vorhergehende Desinfektion des Operationsfeldes, als ob es sich um eine durchaus aseptische Operation handele, und die Probepunktion bei bloßgelegter Pleura. Unter den 39 Fällen verliefen vier tötlich. Nur in einem Fall war die Pleuritis sicher auf tuberkulöser Basis entstanden; in einem anderen heilte die Pleuritis völlig, wenige Tage darauf jedoch machte sich eine akute Tuberkulose der Brust- und Baucheingeweide bemerkbar, an der das Kind zugrunde ging.

F.

Paul Mantel, Deux pleurésies chez une fillette de neuf ans. (Archives de méd. des enf. Juin 1905.) Der Fall war dadurch interessant, daß die beiden Rippenfellentzündungen nacheinander, getrennt durch einen Zeitraum von nahezu einem Monat auftraten, daß

dieselben ohne operativen Eingriff in vollständige Heilung übergingen, und daß jeder Krankheitsattacke wochenlang Seitenstechen und ein heftiger Schmerz in der Gegend der letzten Hals- und ersten Brustwirbel, bei normaler Temperatur, vorangegangen war. Tuberkulöse Heredität konnte ausgeschlossen werden, und war auch später bei der Patientin, trotz jahrelanger Beobachtung, nichts von Tuberkulose zu bemerken, so daß M. eine auf Influenzainfektion beruhende Erkrankung annimmt. E. Toff (Braila).

J. Comby (Paris), Un cas de pleurèsie interlobaire. (Arch. de méd. des enf. 1906. Nr. 1.) Eine interessante und seltene Pleuritisform ist diejenige, bei welcher das Exsudat sich zwischen zwei Lungenflügeln einkapselt, die sogenannte interlobäre Pleuritis. C. hat eine solche Erkrankung bei einem 4jährigen Kinde diagnostiziert, und waren die Hauptsymptome folgende: Geringes Fieber, relativ guter Allgemeinzustand, keine Dyspnoe, Verdrängung des Herzens nach rechts und hauptsächlich eine Zone mit mattem Perkussionsschalle, welche sich zwischen zwei Zonen mit sonorem Schalle befand und von der Wirbelsäule, in der Höhe des Schulterblattes, unter die Achsel und nach vorne bis zum Sternum hin sich erstreckte. Die vorgenommene Punktion ergab 200 g einer eitrigen Flüssigkeit, in welcher Pneumokokken gefunden wurden. Das Fieber fiel und das Kind konnte nach einigen Wochen geheilt entlassen werden.

E. Toff (Braila).

Deguy et **Detot** (Paris), Les pleurésies métadiphtériques. (Revue mens. des malad. de l'enfance. 1906. Nr. 2.) Pleuritis ist eine seltene Komplikation der Diphtherie; ältere Autoren erwähnen dieselbe gar nicht, während nach neueren Statistiken die Krankheit 5mal unter 1122 Diphtheriefällen (Beweil), bzw. 4mal unter 1142 (Leonhardt) gefunden wurde. Viel größer sind aber die Zahlen, wenn man nicht die klinische Pleuritis, sondern die Befunde bei den Nekropsien in Betracht zieht. So wurde in der Abteilung von Marfan 13mal Pleuritis unter 85 sezierten Diphtheriefällen gefunden. Meist handelt es sich um sekundäre Infektionen, die auf broncho-pulmonalem Wege eingedrungen sind; in anderen, wenn auch seltenen Fällen, scheint es sich um unabhängige Erkrankungen des Brustfelles zu handeln, und für diese möchten die Verff. eine direkte diphtheritische Intoxikation in Anspruch nehmen. Die sekundären, meist eitrigen Pleuritiden, beruhen hauptsächlich auf Streptokokkeninfektion, sehr viel seltener werden andere Bakterienarten vorgefunden. Außer den Infektionen, die von den Bronchien oder den Lungen herrühren, wären noch jene, welche auf dem Wege der Lymphbahnen oder vom Mediastinum aus zur Pleura hingeleitet werden, zu erwähnen. Letztere Komplikationen werden mitunter nach Tracheotomien, oder auch nach lange fortgesetzten Intubierungen beobachtet; es bildet sich ein peri- oder retropharyngealer Abszeß, der Eiter senkt sich hinter die Trachea, gelangt in das Mediastinum und kann von hier aus das Brustfell infizieren. E. Toff (Braila).

M. E. Tauber, Über die Rolle der pleuritischen Ergüsse im Mechanismus der Asystolie. (Inaugural-Dissertation. Bukarest

1905.) Die Schlüsse, zu welchen der Verf. auf Grund seiner Arbeit gelangt, sind folgende. Zwischen Herz und Lungen besteht eine feste physiologische Solidarität. Die pleuritischen Ergüsse üben eine hemmende Wirkung auf den kleinen Kreislauf und eine tiefe Störung in der Brustaspiration aus, hierdurch wird auch die Herzzirkulation beeinflußt und es kommt zur Erweiterung und Hypertrophie des rechten Herzens, Ischämie des linken, Trikuspidalisinsuffizienz und selbst Asystolie mit allen krankhaften Folgeerscheinungen, so daß die Existenz einer Asystolie pleuralen Ursprungs als festgestellt erscheint.

Bei auf Klappenfehlern beruhenden Herzerkrankungen sind pleurale Komplikationen häufig und erscheinen unter Form einer Symphyse oder eines pleuralen Ergusses, dieselben sind aber von der Asystolie unabhängig und haben gewöhnlich als Ursachen die sog. subpleuralen Embolien.

Die Asystolien pleuralen Ursprungs sind zweierlei: nach Entleerung des Ergusses und Heilung der Pleuritis verschwindet auch die Asystolie, oder dieselbe wird zwar gebessert, verschwindet aber nicht vollständig. Die Prognose ist meist eine ernste, da die Erneuerung der pleuritischen Flüssigkeit eine immerwährende Gefahr für das Herz bildet und zu neuen asystolischen Krisen Veranlassung geben kann. In allen diesen Fällen ist also die Thorakozentese indiziert und dieselbe soll gemacht werden, so oft man im Verlaufe einer Herzkrankheit das Bestehen eines selbst unbedeutenden pleuralen Ergusses nachweisen kann. Auf diese Weise kann man der Asystolie vorbeugen, dieselbe heilen, oder in schweren Fällen in das Leben nicht bedrohenden Grenzen halten. E. Toff (Braila).

Guido Berghinz, Einige Fälle von eitriger Diplokokkeninfektion. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1905.) Die Fälle sind: 1. Linksseitige eitrige Pleuritis diplococcica, entzündliche Thrombose der Meningealgefäße durch den Diplococcus. 2. Bronchopneumonie und Meningitis cerebrospinalis purulenta diplococcica. 3. Rhinitis und Otitis chronica purulenta diplococcica. Doppelseitige Pleuropneumonie. Pericarditis fibrino-purulenta diplococcica. 4. Chronische Pleuropneumonie. Pericarditis und Peritonitis purulenta diplococcica. 5. Polyarthritis purulenta diplococcica. F.

Bochenski und **Gröbel,** Intrauterine Infektion mit Pneumonia crouposa. (Przeglad lekarski. 1905. Nr. 32.) Bei einer 10monatlichen Gravida wurde eine rechtsseitige kruppöse Lungenentzündung konstatiert. 3 Tage nach Spitalsaufnahme traten Wehen auf. Patientin gebar ein 3200 g schweres Kind, bei dem eine sofort vorgenommene Untersuchung eine deutliche Dämpfung am Thorax sowie kleinblasiges Rasseln ergeben hat. Nach 11 Stunden erfolgte unter zunehmender Dyspnoe der Tod des Kindes. Die Nekropsie ergab übereinstimmend mit der histologisch-bakteriologischen Untersuchung die Diagnose: Pneumonia lobularis, hervorgerufen durch den Fränkel-Weichselbaumschen Diplococcus.

Das Mißverhältnis zwischen den deutlichen makroskopischen und histologischen Veränderungen mit der kurzen Lebensdauer läßt eine

extrauterine Infektion vollkommen ausschließen, zumal Entzündungserscheinungen sofort post partum zu konstatieren waren.

Wenn auch das histologische Bild uns über die Dauer des Entzündungsprozesses schwer exquisiten Aufschluß gibt, gegebenenfalls muß eine wenigstens 2tägige Dauer des Krankheitsprozesses angenommen werden, was der Annahme, daß die Infektion von der Mutter erfolgte, ganz entspricht.

Daß dieser Infektionsweg nur durch das Blut der Mutter führte, ist erklärlich, es müßte also außer der Lungenentzündung bei der Mutter noch eine Pneumokokkaemie vorhanden gewesen sein.

Nimmt man aber an, daß eine gesunde Placenta Diplokokken nicht passieren läßt, so muß angenommen werden, daß entweder kreisende Toxine Veränderungen im retrograden Sinne im Epithel hervorgerufen haben, oder daß unter dem Einflusse eben dieser Schädlichkeiten Hämorrhagien sich gebildet haben, wodurch ein Hinüberwandern der Kokken leichter erklärlich wäre. Gabel (Lemberg).

H. Heiman, Value of Leucocyte Counts in Pneumonia of Children. (Archives of Pediatrics. Bd. 22. Nr. 10.) In 19 Fällen von katarrhalischer Lungenentzündung schwankte der Leukozytengehalt zwischen 73000 und 12600. Bei den 12 Kindern, die von der Krankheit genasen, bestand hohe Leukozytose in den ersten paar Tagen und niedrige gegen die Krise. In den sieben fatalen Fällen verhielt sich der Leukozytengehalt anfangs hoch, blieb so in vier Fällen bis zu Ende, sank jedoch erheblich in den anderen drei. Verf. glaubt, daß der Leukozytengehalt unabhängig ist vom Umfange der Lungenentzündung und von der Höhe der Temperatur. Dasselbe gilt auch für kruppöse Pneumonie. In 24 Fällen von letzterer Krankheit variierte der Leukozytengehalt zwischen 55000 und 20200. In den zwei Fällen die in Exitus endeten, beobachtete H. ein starkes Sinken der Leukozytose. H. B. Sheffield.

E. Terrien (Paris), Deux nouveaux cas de mort subite ou rapide dans la pneumonie de l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1905.) Die Prognose der Kinderpneumonie ist im allgemeinen eine gute, solange keine besonderen Komplikationen hinzukommen, wie Pleuritis, Arthritis, Perikarditis, Otitis u. a. Namentlich in den Fällen von plötzlichem Tode im Verlaufe einer Pneumonie, findet man öfters unbemerkt gebliebene extrapulmonäre Lokalisationen, namentlich Perikarditis, derartige Fälle sind von Parker, Henoch, Netter u. a. beschrieben worden.

Die vom Verf. beobachteten zwei Pneumoniefälle mit plötzlichem, tödlichem Ausgange sind in Kürze folgende:

I. 18 Monate altes Mädchen, seit 8 Tagen fieberhaft erkrankt, mit Pneumonie der linken Lungenbasis. Temperatur 40°. Dann lytischer Temperaturabfall innerhalb 4 Tagen, guter Allgemeinzustand, doch blieben gedämpfter Perkussionsschall und Bronchialatmen über dem linken unteren Lungenflügel fast unverändert. Dann erneuter Temperaturanstieg bis auf 38,5° mit erneutem Abfalle auf 37,5° am folgenden Tage. Plötzlich im besten Wohlsein trat Zyanose auf, das

Atmen wurde schwer und nach vorübergehender, einige Stunden dauernder Besserung, starb das Kind. Bei der Nekropsie fand man außer Hepatisation des linken unteren Lungenlappens pleuritische Pseudomembranen über demselben und beginnende eitrige Perikarditis. Bakteriologisch wurden Pneumokokken nachgewiesen.

II. 10jähriges Mädchen, Pneumonie des rechten oberen Lungenflügels. Untersuchung des Herzens negativ, trotz bestehender leichter Zyanose. Am dritten Krankheitstage Exitus. Die Sektion ergab nichts, außer der erwähnten Lungenaffektion und keinerlei extrapulmonäre Komplikation. Der plötzliche Tod war also nur infolge der pneumonischen Erkrankung eingetreten, und man kann also die Pneumonie in dieser Beziehung mit anderen Infektionskrankheiten, welche ebenfalls zu plötzlichen Todesfällen führen können, wie Diphtheritis und Typhus, vergleichen. In allen derartigen Fällen ist das Auftreten von Zyanose von schlechter prognostischer Bedeutung.

E. Toff (Braila).

Sadger, Die Wasserbehandlung der kruppösen Pneumonie. (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie. Bd. 9. Heft 5.) Bei kräftigen Erwachsenen und mittelschweren Erkrankungen folgt der Verf. den Regeln, die man bei der Behandlung des Typhus befolgt. Er gibt bei Temperaturen von 40° ein Bad von Brunnenwassertemperatur, dessen Dauer zwischen 7 und 25 Minuten schwankt. Greise, Schwache und Fettleibige werden schonender behandelt. Bei Kindern ist das regelmäßige Baden, wenn die Körperwärme nicht viel über 40° hinausgeht, eher zu entbehren. Ihr Herz ist viel leistungsfähiger; sie erliegen erfahrungsgemäß unkomplizierten Pneumonien nur selten. Man kommt bei Kindern zumeist mit kalten Einpackungen sehr gut aus.

Freyhan (Berlin).

Lindenstein, Über die Serumbehandlung der fibrinösen Pneumonie. (Aus dem Lazarus-Kranken- und Diakonissenhause Berlin.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 39.) L. hat vier Fälle von fibrinöser Pneumonie mit dem Römerschen Pneumokokkenserum (Merck) behandelt, und zwar wurde dieses stets sofort angewandt, sobald die Patienten in Behandlung kamen, was bei allen vier Patienten am zweiten Tage der Erkrankung der Fall war. 3mal handelte es sich um Pneumonie des linken Unterlappens: bei einem 5jährigen Kinde, einem 14jährigen Knaben und einem 17jährigen jungen Mann. Dem Kinde wurden 6 ccm des Serums injiziert, den anderen je 10 ccm. Die Temperatur fiel in zwei Fällen nach der Injektion um 2°, im dritten um 1°, um allerdings später wieder die frühere Höhe von 40° zu erreichen. Propagation der pneumonischen Infiltration fand in keinem Falle statt, so daß keine weiteren Seruminjektionen gemacht wurden. Die Krise trat stets am siebenten Tage ein und hatte normale Rekonvaleszenz im Gefolge. Die auffallendste Wirkung des Serums war in allen Fällen die Besserung des Allgemeinbefindens.

Im vierten Falle (30jähriger Mann) handelte es sich um einen sehr schweren Fall, der trotz der Injektion allmählich alle vier Lungenlappen befiel, weshalb eine zweite Injektion nötig wurde.

Also ein Einfluß auf die Propagation des Prozesses war hier nicht zu konstatieren, aber auch hier zeigte sich die eklatante Wirkung auf das Allgemeinbefinden.

Grätzer.

F. Daxenberger (Regensburg), Ein Fall von Pneumokokken-Peritonitis mit Heilung. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.) Es handelte sich um ein 5jähriges Mädchen, welches neben einer Pneumonie eine eitrige Peritonitis hatte. In dem Eiter wurde eine Kolonie des Diplococcus pneumoniae Fränkel gefunden. Die Operation führte zur vollständigen Heilung.

Grätzer.

A. Süsskand (Sorau), Über einen merkwürdigen Verlauf einer akuten Peritonitis. (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 30.) Ein bis dahin vollständig gesundes 7jähriges Kind erkrankt in einer gesunden Umgebung, außerhalb einer Scharlachepidemie, plötzlich, nachdem es Tags vorher einen Faustschlag aufs Abdomen erhalten, an typischer Peritonitis, in deren Verlauf es innerhalb 5 Wochen nacheinander eine akute Polyarthritis, eine Endocarditis und schließlich eine Nephritis mit diskontinuierlichen Ödemen durchmacht, und zwar ohne selbst auch nur eine Spur eines Exanthems oder einer Parotitis darzubieten.

Offenbar war hier die Primärerkrankung die Peritonitis, die übrigen Affektionen wirkliche Komplikationen jener, veranlaßt von derselben pathogenen Ursache. Was nun letztere anbetrifft, so glaubt S. aus der Kombination der genannten Komplikationen das Scharlachgift als Krankheitserreger annehmen zu müssen, welches sich hier deshalb zuerst am Peritoneum ansiedelte, weil es hier vom Darm und durch das Trauma Einlaß und günstigen Boden fand.

Grätzer.

Walter Groß, Ein Fall von Agenesie der linken Lunge. (Beitr. z. allg. Path. u. path. Anat. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 3.) Ein mit vielen Mißbildungen behafteter ca. 6 Monate alter Knabe kam wegen einer fieberhaften Erkrankung zur Aufnahme. Außer einer Enteritis und bronchitischen Erscheinungen besonders anscheinend der rechten Lunge fanden sich Verhältnisse, die an eine Mißbildung der Brustorgane denken ließen. Bei der Sektion fand sich, daß die linke Lunge vollkommen fehlte. Der normal weite linke Bronchus verlor bald nach der Bifurkation seinen Knorpel und endete blind konisch abgestumpft. Die linke Pleurahöhle war gut ausgebildet und enthielt außer dem Herzen noch einen Teil der vergrößerten, emphysematösen rechten Lunge. Das Herz ließ Mißbildungen nicht erkennen, dagegen wand sich der Aortenbogen nach rechts, kreuzte den rechten Bronchus und verlief dann rechts neben dem Ösophagus nach abwärts. Die A. pulmon. verlief nach rechts und teilte sich am Hilus der rechten Lunge in zwei Äste. Der Ductus Botalli entspringt an normaler Stelle, mündet aber in der A. subclavia sin. Der Verlagerung des Aortenbogens entsprechende Veränderungen im Ursprunge wiesen die großen Gefäße auf. Bezüglich der Besprechung über die Entstehung der Mißbildung muß auf das Original verwiesen werden, das auch umfangreiche Literaturangaben enthält.

Bennecke (Marburg).

M. Dabrowski, Ein Fall von angeborenem Irismangel (Irideremia s. aniridia congenita). (Medycyna. 1905. Nr. 44.) Ein 13 jähriger Knabe wird von der Mutter zum Verf. gebracht mit der Klage, der Bube sehe schlecht. Gleich fällt das eigentümliche Aussehen der Augen auf, die ganze Vorderkammer wird von der unregelmäßig begrenzten Pupille eingenommen, von Iris keine Spur, bloß die Ränder der Pupille sind von einem ganz dünnen, schmalen, blaßgelben Streifen eingesäumt, welcher bei Augenbewegungen schlottert. Patient klagt über schlechtes Sehen und Blendung. Ophthalmoskopisch ist eine leichte radiäre Trübung der Linse zu konstatieren, Chorioidea — Retina — ohne Veränderung. V. oculi utriusque = $^{20}/_{70}$. Konkav- oder Konvexgläser bessern den Visus nicht, stenopeische Lücken verbessern V. oc. dextr. = $^{40}/_{70}$; V. oc. sin. = $^{30}/_{70}$. Diese wurden auch dem Knaben anempfohlen, sowie eine Änderung seines bisherigen Berufes als Setzer. Gabel (Lemberg).

Albert Mouchet (Paris), Absence congénitale du péroné. (Revue mens. des malad. de l'enf. Janvier 1906. S. 1.) Das vollständige Fehlen der Fibula ist, wenn auch nicht sehr selten, so doch genügend interessant, um eine eingehende Beschreibung der Symptome und gemachten Behandlung nach selbstbeobachteten Fällen zu rechtfertigen. Das am meisten hervortretende Symptom ist bei dieser angeborenen Mißbildung ein Zurückbleiben im Wachstum des betroffenen Fußes. Der Unterschied in der Länge der beiden Beine wird um so größer, je älter das Kind wird. Bei dem einen von M. beobachteten Falle betrug derselbe 4 cm im Alter von 10 Monaten und war nach 5 Jahren auf 10 cm gestiegen. Weitere Begleiterscheinung dieser Difformität ist die Verbiegung der Tibia im unteren Drittel mit nach vorne gerichteter Konvexität, ferner ein Pes valgus mehr oder weniger equinus und verschiedene Mißbildungen des Tarsus und der Zehen, auch die Kniescheibe kann fehlen oder unvollkommen entwickelt sein. Ein schätzenswertes Hilfsmittel in diagnostischer Beziehung ist die Radiographie.

Was die Behandlung anbetrifft, so wäre in erster Linie die Tenotomie der Achillessehne vorzunehmen, deren Indikation bereits in das Säuglingsalter fällt. Weitere operative Eingriffe, wie die kuneiforme Osteotomie der Tibia und die Behandlung des Pes valgus, wären erst nach dem Entwöhnen oder nach zurückgelegtem zweiten Lebensjahre vorzunehmen. E. Toff (Braila).

Pietro Guizetti, Ein Fall von Fehlen des Vas deferens und Samenbläschens der rechten Seite mit gut entwickeltem Hoden und vollkommener Samenbildung bei einem 25jähr. Mann. (Aus dem Institut für pathol. Anatomie der Universität zu Cagliari.) (Zentralblatt für allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. Bd. 16. Heft 10.) Die Überschrift gibt den wesentlichen Inhalt der Arbeit, die sich unter Beifügung zweier Photographien mit dem makroskopischen und mikroskopischen Befunde beschäftigt. Außer einigen, auf die Stauung des Samens zu beziehenden Veränderungen an den Epithelien der Tubuli contorti und recti fand sich nur eine beiderseits geringe Samenentwicklung. Die Spermatozoen der rechten

Seite gehen entweder durch Antolyse oder durch Phagozytose zugrunde.

Bennecke (Marburg).

De Beule (Löwen), Über Orchidopexie bei inguinalem Kryptorchismus. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1905. Nr. 18.) Vor ungefähr 9 Monaten operierte B. einen 7jährigen Knaben mit rechtsseitigem inguinalen Kryptorchismus; nachdem er die zu gleicher Zeit bestehende Hernie auf typische Art beseitigt und durch leichtes, andauerndes Ziehen den Hoden ziemlich weit heruntergebracht hatte, schnitt er das Skrotum an seiner tiefsten Stelle in einer Länge von 2 cm ein und beförderte durch diesen Schlitz den Hoden nach außen. An der inneren Seite des rechten Oberschenkels, etwa 5 cm unterhalb des Sulcus genito-cruralis, machte er dann einen 2—3 cm langen senkrechten Hautschnitt und präparierte dessen Ränder bis auf die Aponeurose ab, befestigte mit zwei Seidennähten den Hoden in der Mitte der Wundfläche an die Oberschenkelmuskeln und vernähte die Ränder des Hodensackschlitzes mit denen des Oberschenkels. Damit bestand zwischen dem Oberschenkel und dem Skrotum eine geschlossene, rohrförmige Hautbrücke, die den fixierten Hoden ringsum umfaßte, und durch welche man den straff gespannten Samenstrang leicht durchfühlen konnte. Ein dreifacher Gazestreifen wurde auf der zirkulären Hautnaht mittels Kollodium befestigt. Der kleine Patient beobachtete 10 Tage Bettruhe; dann wurden der Verband und die Hautnähte enfernt. Da die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel schon eine recht feste war, bekam Patient die Erlaubnis, frei herumzulaufen, wobei der Hoden bei jeder Oberschenkelbewegung herabgezogen und so der Samenstrang allmählich gedehnt wurde, ohne daß die geringsten Schmerzen oder Beschwerden eintraten. Nach 6 Wochen erschien die Dehnung des Samenstranges genügend erreicht; denn nur bei stärkerer Beugung und Abduktion des Oberschenkels spannte er sich noch ganz leicht an. Jetzt wurde, in leichter Narkose, die Verbindung zwischen Skrotum und Oberschenkel am kruralen Ende durchschnitten, der fixierte Hoden losgelöst, ins Skrotum gelagert und die beiden Wunden am Oberschenkel und am Skrotum mittels einiger Hautnähte verschlossen, so daß sie in wenigen Tagen per primam heilten. Die Vorstellung des Patienten, 5 Monate nach der Operation, zeigte einen vorzüglichen Erfolg: der Hoden lag tief unten im Skrotum und dieses war gut entwickelt; von einer Narbe am Oberschenkel und am Skrotum war kaum eine Spur zu sehen.

Grätzer.

Fr. Steinmann (Bern), Zur operativen Behandlung des Leistenhodens. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 16.) Im Anschluß an die Schilderung eines operierten Falles (13jähriger Knabe) empfiehlt St. die Verlagerung des nicht zu mobilisierenden Leistenhodens in die Bauchhöhle als ein Verfahren, das verschiedene Vorzüge besitze. Das größte Hindernis für die Reposition des Leistenhodens in die Bauchhöhle bestand bisher in dem psychischen Einfluß, welchen die Unsichtbarkeit der Testikel auf ihren Träger ausübte. Diesem Hindernis half S. durch Einsetzung einer Prothese, eines Paraffinhodens, ab. Er schließt:

1. Bei der blutigen Behandlung des Leistenhodens tritt die Rücklagerung desselben in die Bauchhöhle in Konkurrenz mit der Orchidopexie und der Kastration.

2. Die Reposition des Hodens in das Abdomen soll stets mit der sofortigen Einsetzung eines Paraffinhodens ins Skrotum verbunden sein.

3. In dieser Form soll das Verfahren die Kastration bei nicht bösartig degeneriertem Leistenhoden ersetzen.

4. Ebenso tritt es bei nicht genügend zu mobilisierendem Leistenhoden an Stelle der Orchidopexie.

5. Bei Komplikation des Leistenhodens mit Hernie garantiert es am sichersten die dauernde Heilung der letzteren. Grätzer.

Arth. Schäfer, Die Behandlung des Kryptorchismus. (Aus der O. Witzelschen Klinik in Bonn.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 26.) S. beschreibt die von Witzel seit Jahren geübte Methode und sagt darüber:

„Die von Witzel ausgearbeitete Methode genügt den von der Orchidopexie zu erfüllenden Forderungen:

1. Vermeiden von Operieren am Damm,
2. möglichste Einschränkung des Operationsgebietes am Skrotum,
3. gute Fixation des Hodens

in folgender Weise:

Tagelang vor der Operation wird der an den Genitalien sorgfältigst rasierte Patient mit Vollbädern und Schmierseifensitzbädern vorbereitet; am Tage vor der Operation wird das Operationsgebiet mit Äther und Alkohol energisch bearbeitet und mit einem aseptischen trockenen Verband versehen. Erst in der Narkose wird dieser Verband entfernt und das Operationsgebiet nochmals mit Äther, Alkohol und dann mit verdünnter Jodtinktur abgerieben. Nur bei sorgfältiger Beobachtung dieser antiseptischen Kautelen kann eine Asepsis der Operation mit einiger Sicherheit erwartet werden.

Bei einseitigem Kryptorchismus wird ein Schnitt angelegt, der über dem Leistenkanal beginnend das Skrotum nur soweit spaltet, als nötig ist, um ohne Schwierigkeiten das Septum scroti operativen Eingriffen zugänglich zu machen. Die Hautränder werden sorgfältig mit feuchten Kompressen bedeckt, um eine Berührung derselben mit den Händen des Operateurs und einer etwa dadurch bedingten Keimverschleppung vorzubeugen. Hoden und Samenstrang mit Bruchsack werden, eventuell nach Spaltung des Leistenkanals, freigelegt. Nach Isolierung des Bruchsackes wird dieser möglichst hoch oben abgebunden und abgetragen, die Bruchpforte durch eine Anzahl Silberdrahtnähte verschlossen. Es folgt die Dehnung des Samenstranges. Wegen seiner starken Retraktionsfähigkeit muß er ziemlich stark überdehnt werden, eine Manipulation, die sich das Vas deferens wegen seines großen Gehalts an glatten Muskelfasern und elastischen Fasern unbeschadet seiner Funktionsfähigkeit gefallen läßt. Nunmehr wird durch eine Inzision im Septum scroti der anderseitige Hoden in die leere Skrotalhälfte hinüberluxiert und hier mit dem herunter-

geholten Hoden durch einige feinste Seidennähte vernäht. Die beiden vernähten Hoden werden sodann in die Skrotalhäfte der gesunden Seite verlagert und die Inzisionswunde im Septum durch einige Knopfnähte soweit verengert, daß eine Schnürung des Funiculus nicht stattfindet. Das vereinigte Gewicht beider Hoden, die starke Dehnung des Samenstranges, die als Knopfloch wirkende Öffnung im Septum scroti vereinigen sich nun in ihrer dem Zurückschlüpfen des Hodens entgegen arbeitenden Wirkung.

Bei beiderseitigem Kryptorchismus gestaltet sich die Orchidopexie nach Witzel so, daß beiderseits Hoden und Vas deferens freipräpariert, der Bruch in der beschriebenen Weise radikal operiert, das Vas deferens stark gedehnt wird. Es werden nun beide Hoden nach vorheriger Schlitzung des Septum scroti durch Seidenknopfnähte in der angegebenen Weise aneinander fixiert und so gelagert, daß der rechte Hoden in der linken, der linke Hoden in der rechten Skrotalhälfte liegt. Zwischen beide schiebt sich das Septum scroti, dessen Inzisionsöffnung durch einige Knopfnähte verengert wird. Die Hautwunde wird durch Silberdrahtnähte verschlossen. Schmale Gazestreifen mit Heftpflasterstreifen befestigt, bilden den eigentlichen Wundverband, über dem man ein paar fest aufgedrückte Gazebäusche mit Heftpflaster befestigt.

Bei Ektopia testis würde die beschriebene Methode in ihrem ersten Teile entsprechend zu modifizieren sein.

Die bisher mit der Witzelschen Orchidopexie gemachten Erfahrungen sind in bezug auf Wundheilung und Resultat derartig gute, daß das Verfahren zur Nachahmung durchaus empfohlen werden kann."

Grätzer.

Budin, Des adhérences du prépuce au gland. (Ann. de Méd. et Chir. infant. 1905. Nr. 8. S. 262.) Verf. führt eine Reihe von Beobachtungen an, die beweisen sollen, daß eine Phimose durch Adhäsion des Präputiums an der Glans vorgetäuscht werden kann. Diese Adhäsionen lassen sich unblutig lösen, wodurch eine scheinbar unvermeidliche Zirkumzision überflüssig wird.

Schreiber (Magdeburg).

D. J. Fels, Die rituelle Beschneidung. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 1—4.) Nach einer längeren historischen Betrachtung und Besprechung sämtlicher in Betracht kommender Zufälle, gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Beschneidung stammt noch von alten Zeiten her, ähnlich wie das Durchlöchern der Ohren bei Mädchen. In älteren Zeiten hat dieser Eingriff eine nationale Bedeutung gehabt, jetzt können wir Kinder jüdischer Eltern als Juden, ohne dieselben beschnitten zu haben, anerkennen.

2. Die Vorteile der rituellen Zirkumzision sind unbedeutend, deren mögliche Schädigungen größer.

3. Den Eingriff selbst sollten entweder Ärzte oder aber geprüfte Beschneider ausführen, unter Einhaltung strengster aseptischer Kautelen, und dies erst im zweiten oder dritten Lebensmonate. Hämophilie bildet eine Kontraindikation.

4. Das Durchtrennen der inneren Lamelle mit den Fingernägeln, sowie das Aussaugen der Wunde mit den Lippen soll strengstens verboten, eventuell mit Strafen belegt werden. Gabel (Lemberg).

D. Róna, Über Doppelbildung der Harnröhre. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 21.) R. hatte Gelegenheit, eine vollkommene Verdopplung der Harnröhre zu beobachten und zu heilen. Es ist dies der 16. derartige Fall in der Literatur. Die Nebenharnröhre begann mit einer offenen Furche; diese fand ihre Fortsetzung in einem Kanal, der an der Vorderwand der Blase oberhalb der normalen Mündung in die Blase mündete.

Der 6jährige Knabe litt seit Geburt beim Gehen und Sitzen an ständigem Harnträufeln. Die akzessorische Harnröhre entbehrte eben an ihrer Einmündungsstelle einer Schließmuskulatur. Das Harnträufeln hörte beim Liegen auf, weil der Urin nicht auf die Vorderwand, sondern auf den Boden und die Rückwand der Blase einen Druck ausübte.

R. exstirpierte die akzessorische Harnröhre in Chloroformnarkose und verschloß den Stumpf des Kanals mit einer Tabaksbeutelnaht, dann die Haut oberhalb vernähend. Wegen Temperatursteigerung Entfernung der meisten Nähte; die Wunde heilte per granulationem. Unterhalb des Schambogens blieb eine Haarfistel zurück, die sich wahrscheinlich später von selbst geschlossen hat. Grätzer.

Rudolf Paschkis, Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo. (Monatsber. f. Urolog. Bd. 10. Heft 10.) Es handelt sich um drei Gänge, zwei lange und einen kurzen, die knapp hinter der hinteren Kommissur des Orific. extern. von der Urethra abgehen, annähernd parallel der Urethra und zueinander verlaufen (von vorn oben nach hinten unten) und blind noch in der Glans penis münden. Verf. spricht diese Bildungen als Divertikel oder als Vorstadien von abnorm gelagerten drüsigen Organen an. James O. Wentzel (Zittau i. S.).

H. Hinterstoisser (Teschen), Zur Therapie der angeborenen Blasenspalte. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 1.) Bei einem 5jährigen Kinde wurde eine zum Teil schon von Borelius angegebene Abänderung der Maydlschen Operation mit gutem Erfolg ausgeführt.

Der kleine Patient war bereits im Jahre 1900 als halbjähriges Kind von H. erfolglos operiert worden (direkte Naht der Blasenränder, Deckung durch einen Brückenlappen).

Befund: Vollständige Ectopia vesicae; breite Beckenspalte (im Röntgenbilde stehen die Knochen 8—10 cm weit auseinander); beiderseits bestehen Leistenhernien und Kryptorchismus, das Skrotum ist kaum angedeutet; der Penis ist rudimentär, es besteht Epispadie. Die ektopische Blase wölbt sich unterhalb des nur angedeuteten Nabels in Form eines halbkugeligen, kleinapfelgroßen Tumors vor; in ihrem unteren, tief eingezogenen Halse sind die Uretermündungen sichtbar, aus denen tropfenweise Harn hervorquillt. Die Umgebung der Blasenränder zeigt mehrfache, vom ersten Operationsversuche herrührende Narben. Außerdem besteht noch ein mäßiger Prolapsus recti.

Die Operation wurde in Athernarkose auf folgende Weise ausgeführt: Zunächst werden die Blasenränder rings umschnitten, die

Penisrinne am Blasenhalse abgetrennt und die ganze Harnblase extraperitoneal von der Unterlage lösgelöst, ebenso werden die Ureteren auf ungefähr 4 cm Länge stumpf freigelegt und mobilisiert. Die Harnblase wird bis auf das die Uretermündungen tragende Trigonum Lieutaudii reseziert. Hierauf wird die Peritonealhöhle median eröffnet und die Flexura sigmoidea vorgezogen; sie ist lang, hat ein langes Mesokolon; ihre aneinander gelegten Schlingenschenkel werden durch fortlaufende Naht entlang des Gekrösansatzes aneinandergenäht. An der Basis der Schlingen wird im Bereiche der Taenia eine breite Enteroanastomose (zwei fortlaufende Nahtreihen) angelegt. Hierauf wird an der Kuppe der Sigmoideumschlinge ein entsprechend großer Einschnitt gemacht und in den Schlitz der Blasenrest mittels Etagennaht eingepflanzt (innere Catgutknopfnahte, welche Schleimhaut mit Schleimhaut, äußere Zelluloidzwirnnähte, welche die Muskularis des Blasenrestes mit der Darmserosa verbinden); hierauf wird das Colon sigmoideum versenkt und die Bauchwunde bis auf eine untere, zur Drainage bestimmte Lücke geschlossen. Immobilisierung des kleinen Patienten durch eine doppelseitige, bis über die Knie reichende Gipshose, welche durch 10 Tage liegen bleibt. Heilungsverlauf in den ersten Tagen durch Ätherbronchitis gestört, Wundverlauf reaktionslos. Abgang von Harn per rectum mit dem Stuhle, anfangs 1—2stündlich, später in 3—4stündlicher Kontinenz.

Durch die Implantation des Blasenrestes in die Kuppe der gerafften Sigmaschlinge wurde ein Receptaculum urinae geschaffen; die an der Basis der Schlinge angelegte Entero-anastomose soll das direkte Vorbeistreichen des Darminhaltes an den Ureterenmündungen verhindern.

Grätzer.

R. Kutner (Berlin), Zur Bilharziose der Blase. (Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 16. Heft 12.) Vom sechsten Jahre an entleerte Patient bereits zeitweise Blut mit dem Urin. Unter wechselnder Behandlung ohne dauernden Erfolg blieb dieser Status bestehen. Der Urin ist auch makroskopisch bluthaltig, trübe und mit gerinnselartigen Flocken versetzt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt zahlreiche Eier des Bilharzia-Parasiten (Bilharz nannte ihn Distomahaematobium. Ref.) und massenhaft rote Blutkörperchen neben vereinzelten Eiterkörperchen. Der filtrierte Harn war eiweißfrei. Parasiten wurden nie gefunden. Die Blutuntersuchung ergab: keine Parasiten, nur starke Eosinophilie bei sonst normalem Blute (11 % statt 3 %). Die zystokopische Untersuchung zeigt glänzende glatte Geschwülste und solche im Zerfall, ringsherum blumenkohlartige größere und kleinere Exkreszenzen. Eine beigegebene farbige Tafel illustriert den Befund in anschaulicher Weise.

Als Folgekrankheiten sind zu fürchten Karzinom und Blasensteine. Das in Afrika als Spezfikum geltende Mittel, der Kopaivabalsam war ohne Erfolg. Ebenso nutzlos war Urotropin, Terpentinöl, Extr. filic. mar. und Kollargol per rectum. Styptizintabletten (3 mal täglich 2 Tabl. à 0,01) schränkten die Blutungen etwas ein. Selbst die Sectio alta mit Ausschabung der Geschwülste und Kauterisation der Grundflächen schützte nicht vor Rezidiven. Als Prophylaktikum

(auch für Touristen und Kolonialbeamte und Soldaten in Afrika, besonders Ägypten usw.) empfiehlt K. 1. nur filtriertes Wasser zu trinken und sich 2. nur in abgekochtem Wasser zu waschen, baden usw., da der Parasit wahrscheinlich beim Baden in die Haut eindringt.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

Moritz Porosz (Budapest), Urotropin, Hetralin, Uritone, Gonosan und Arhovin bei Cystitis. (Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 16. Heft 9.) Im Gegensatz zu vielen anderen veröffentlicht P. eine Anzahl Mißerfolge mit den verschiedensten Mitteln.

Zur Behandlung kamen nur Zystitiden, die nicht im Zusammenhange mit Blennorrhoe standen. (Zystitiden mit Urethritis heilt [oder behandelt vielmehr? Ref.] Verf. mit $^1/_2$—2 $^0/_0$ Acid. nitr.-Lösung-Guyoninstillationen in die Urethra, Zystitiden mit Prostatitis durch Behandlung der Prostata mit dem faradischen Strome.) Es versagten abwechselnd fast alle der genannten Mittel. Am besten bewährte sich ihm das Arhovin (= Diphenylamin + sterilis. Thymolbenzoesäure). Nach 5 Tagen war zum Teil der Urin ganz klar, um es dauernd zu bleiben.

Ref. kann aus eigner Erfahrung sagen, daß ihm Arhovin sich gerade umgekehrt bei Blennorrhoe vorteilhaft erwies und er es (allerdings lokal) häufig bei weiblichen Kranken anwendet, auf innerlichen Gebrauch des starken Geruches und stechenden Geschmackes wegen trotz der Kapseln verzichtet, da es teilweise auch Magenbeschwerden, selbst nach dem Essen gegeben, verursachte.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

Maximilian Hirsch (Wien), Über epidurale Injektion. (Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 16. Heft 12.) Im Gegensatze zu Tillmanns usw. glaubt H. diese Behandlung sehr empfehlen zu können. In den Hiatus sacralis werden in linker Seitenlage bei angezogenen Beinen von der Lösung (Natr. chlor. 0,2 Cocain hydrochlor. 0,01 Aq. dest. sterilis. 100,0) bei Erwachsenen 10—20 ccm, allmählich steigend, bei Kindern weniger, injiziert. Es werden mindestens drei Injektionen gemacht, es zeigte sich aber in hartnäckigen Fällen auch noch nach 9—10 Injektionen Erfolg. H. kommt im wesentlichen zu den Folgerungen: die epidurale Injektion sei so harmlos wie eine subkutane Injektion und leicht auszuführen. Sie habe eine Hyperämie der Blase zur Folge, auf der wohl auch der Erfolg beruhe (nicht auf Suggestion nach H.!). Die wichtigste Indikation ist essentielle Enuresis (80 Dauerheilungen) und die „reizbare Blase“ (66 Heilungen). Vorbedingung ist, daß das Leiden nicht zu lange besteht und noch nicht zuviel andersartig behandelt ist. Außerdem kann die Methode bei schmerzhaften Affektionen der unteren Körperhäfte (Ischias, Lumbalneuralgien, viskerale Krisen bei Tabes und Saturnismus), sowie als medikamentöser Absorptionsweg erfolgreich angewendet werden.

Das Instrumentarium besteht aus einer Metallspritze (10 g) und und 2 Hohlnadeln je 6 cm lang mit Mandrin 1 $^1/_4$ mm und bzw.

$^3/_4$ mm Durchmesser (für Erwachsene und bzw. Kinder), erhältlich bei der Firma Reiner in Wien. James O. Wentzel (Zittau i. S.).

S. Jacoby (Berlin), Die Stereokystophotographie. (Zentralblatt f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 15. Heft 12.) Verf. macht die Stereoskopaufnahmen mit dem Nitzeschen Photographierkystoskop, dessen kreisrunde Kamera er durch eine viereckige ersetzt, und zwar mit Hilfe eines von ihm erfundenen Schlittens. Die Verschiebung des Kystoskopes erfolgt in der Längsachse. Das Prisma bleibt in beiden Einstellungen in derselben Ebene und vom Objekt gleichweit entfernt. Bei der ersten Aufnahme wird das Kystoskop nach vorn, bei der zweiten Aufnahme von der Grundstellung aus um die gleiche Millimeterzahl nach hinten verschoben. Die beigefügten vier derartig aufgenommenen stereoskopischen Bilder sind tadellos ausgeführt und geben vorzüglich den kystoskopischen Befund wieder. James O. Wentzel (Zittau i. S.).

S. Jacoby (Berlin), Die Stereokystoskopie. (Zentralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 15. Heft 12.) J. veröffentlicht das von ihm konstruierte und in Kursen gebrauchte Stereokystoskop von 21,5 Charrière Dicke (bei Kindern daher meist nur für weibliche Urethra anwendbar). Es ist ein Kystoskop mit zwei Okularen, deren Entfernung voneinander 5—8 cm eingestellt werden kann und zwar durch Beweglichkeit des eines Okulares. Es soll den Vorteil des plastischen Bildes bieten.

Ref. kann im Stereokystoskop einen besonderen Vorteil nur für Kurse anerkennen, um die Bilder leichter deuten zu lernen. In der Praxis kommt man mit dem Nitze-Kystoskop sehr gut aus und lernt auch, gerade wie beim Urethroskop das flächenhafte Bild selbst bei geringerer Übung bald richtig deuten.

Nach Art dieses Stereokystoskopes hat J. nun auch ein anderes Photographierstereokystoskop konstruiert, durch das die Aufnahme beider stereoskopischen Bilder gleichzeitig erfolgen kann. Dieses Instrument erscheint Ref. ein entschiedener Vorzug gegenüber J.s Schlittenapparat zu sein, da die Aufnahmen dadurch wesentlich vereinfacht werden und keiner zweiten Abmessung bedürfen.

James O. Wentzel (Zittau i. S.).

Ludwig F. Meyer, Zur Kenntnis der Acetonurie bei den Infektionskrankheiten der Kinder. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 61. Heft 3.) In 37 Fällen von Diphtherie, 26 von Scharlach und 15 von Masern wurde der Urin qualitativ mittels der Legalschen Probe auf Aceton untersucht.

Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure, kommen bei Infektionskrankheiten der Kinder häufig vor. Die Acetonkörper verdanken einer Kohlehydratinanition ihre Entstehung; sie verschwinden bald nach Einführung von größeren Mengen von Kohlehydraten per os. Fettzufuhr scheint die Acetonurie zu erhöhen.

Die Oxybuttersäureausscheidung ist ein Zeichen intensiverer Oxydationsstörung als die Acetessigsäure- und Acetonausscheidung.

Die Beobachtungen betreffs der Acetonurie bei den Infektionskrankheiten stehen im völligen Einklang mit den allgemeinen Lehren über die Ausscheidung der Acetonkörper; die Acetonurie bei den Infektionskrankheiten ist als nicht spezifisch aufzufassen. Differentialdiagnostisch ist die Acetonausscheidung nicht zu verwerten. Hecker.

P. Nobécourt, G. Leven et **Prosper Merklen** (Paris), Le poids et les urines dans la rougeole. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Décembre 1905.) Die Verff. haben Untersuchungen an Masernkranken über die Veränderungen des Gewichtes, die Menge des ausgeschiedenen Harnes, der Chlorverbindungen und des Harnstoffes angestellt. Es wurden im ganzen 13 Kinder im Alter von 3—12 Jahren untersucht und denselben meistens 1 1/2 l Milch und 1/2 l Wasser per Tag verabreicht. Die Messungen wurden am ersten Eruptionstage begonnen und wurde folgendes gefunden. In den meisten Fällen wurde bei Kindern im Gewichte von 10—15 kg ein Abfall von 150—950 g beobachtet, beginnend am 2. oder 3. Tage nach dem Auftreten des Exanthems. Das Minimum fiel auf den 5.—8. Tag, worauf wieder ein Anstieg zu beobachten war, doch erreichte das Gewicht nicht seine ursprüngliche Höhe. Diese Verhältnisse sind im großen und ganzen von der Menge der getrunkenen Milch unabhängig.

Was die Harnausscheidung anbetrifft, so zeigen die Tabellen eine ausgesprochene Oligurie während der ersten 4 Tage; dieselbe ist um so bedeutender, je höher die Temperatur ist, ein Umstand, den man übrigens bei fast allen infektiösen Krankheiten vorfindet. In dem Zeitabschnitte vom 5.—6. Tage nimmt die Harnmenge zu, und zwar um so mehr, je ausgesprochener die vorangegangene Oligurie gewesen ist. Je leichter die Fälle verlaufen, desto geringer ist der Unterschied in der Harnausscheidung in diesen beiden Zeitabschnitten.

Die Menge der ausgeschiedenen Chlorverbindungen geht parallel mit derjenigen der eingeführten Milchmenge, so daß ein Zusammenhang zwischen derselben und der Diurese nicht zu finden ist.

Die Harnstoffausscheidung wird durch die Krankheit in erheblichem Maße beeinflußt; dieselbe zeigt eine Vermehrung etwa bis zum 12. Tage durchschnittlich, worauf wieder eine stetige Abnahme zu verzeichnen ist.

Man ersieht also aus diesen Untersuchungen, daß eine so leicht verlaufende Krankheit, wie die Masern, doch erhebliche Veränderungen im Gewichte, der Harn- und Harnstoffausscheidung hervorruft.

E. Toff (Braila).

E. A. Keuchenius, Twee merkwaardige gevallen van genezen Septichaemie na Morbilli. (Zwei merkwürdige Fälle von geheilter Septikämie nach Morbilli.) (Ned. Tydsschr. v. Geneeskunde. 1905. Bd. 1. S. 460.) Ein Kind von 11 Jahren erkrankte an Morbilli, die nach einigen Tagen das Bild von Morbilli septici zeigten. Es wurde nun 1 ccm einer 1 % Kollargollösung injiziert mit dem Erfolge, daß das septikämische Fieber den nächsten

Tag nicht wiederkam und rasche Heilung folgte. Bei einem zweiten Kinde (in derselben Familie) von 3 Jahren, mit denselben Krankheitserscheinungen trat auch Heilung ein, ohne daß vorher Kollargol eingespritzt war.

K. warnt also vor übereilten Schlußfolgerungen aus den Erfahrungen mit Kollargol. Graanboom (Amsterdam).

G. E. Bentzen (Norweger), Unempfänglichkeit für Masern im Säuglingsalter. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1905. Nr. 7.) Während einer Masernepidemie in Christiania 1902 wurden Fragebogen ausgesandt um zu erfahren, wie viele der für Ansteckung ausgesetzten Säuglinge erkrankten.

Nicht angesteckt wurden:

22 Säuglinge in den vier ersten Lebensmonaten (11 Brust-, 2 Flaschenkinder, 5 durch allaitement mixte ernährte, 4 ohne Angabe der Ernährungsweise), 12 im Alter von 5—11 Monaten (7 Brustkinder, 3 künstlich genährte, 2 ohne Angabe der Ernährung).

Angesteckt wurden:

4 im Alter bis zu 4 Monaten (2 Brustkinder, 1 künstlich genährte, 1 ohne Angabe der Ernährung), 38 im Alter von 5—11 Monaten (9 von diesen bekamen die Brust, 13 die Flasche, 16 allaitement mixte).

Die Unempfänglichkeit kann also eine ausschließlich angeborene Eigenschaft sein, die im Verlauf einiger Monate gewöhnlich schwindet, möglicherweise weil sie größtenteils, vielleicht ausschließlich, von passiver und nicht aktiver Natur ist. Die natürliche Ernährung kann vielleicht diese Eigenschaft unterstützen, obgleich die Unterstützung nicht immer notwendig ist. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Heissler, Eine Masernepidemie. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 28.) Eine sehr ausgedehnte Epidemie — 2881 Fälle — wird hier statistisch verwertet und manches interessante Moment zur Sprache gebracht.

H. betont auch, wie unnütz die Schließung der Schulen bei einer Masernepidemie auf dem Lande ist. Grätzer.

Pedro Altés, Beitrag zum Studium der Masernbehandlung mit rotem Licht. (La Medicina de los niños. Okt. 1905 und Jan. 1906.) A. hatte Gelegenheit, bei zwei großen Masernepidemien mit insgesamt 445 Krankheits- und 21 Todesfällen, des öfteren die Behandlung mit rotem Licht anzuwenden. Er teilt 14 Fälle ausführlicher mit, die alle sehr rasch und günstig verliefen; nur in einem Falle trat am vierten Tage eine sehr schwere Laryngitis hinzu. Er faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Mit rotem Licht verkürzt sich der Ablauf der Masern, so daß viele Fälle zu Abortivfällen, und schwere Komplikationen hintangehalten werden. Es verschwindet das Fieber rascher, ebenso das Exanthem und die katarrhalischen Symptome werden gelindert. Das Exanthem verschwindet zuerst an den unbedeckten Stellen. Die Desquamation beginnt früher und ist geringer; die Rekonvaleszenz ist kürzer. Kaufmann (Mannheim).

Hans Risel, Masernerkrankungen nach Scharlach. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 1.) Das Material zu der Studie wurde im Kinderkrankenhause Leipzig in den Jahren 1894—1904 gewonnen. Veranlassung zur Durcharbeitung der 35 Krankengeschichten gab eine Masernepidemie, die Verf. auf der Scharlachstation verfolgen konnte. Es zeigte sich, daß die Maserninfektion in jedem Stadium des Scharlachs geschehen kann. Eine Hausinfektion mit Masern kommt gewöhnlich so zustande: Die Kinder treten mit irgend einer anderen Krankheit, z. B. mit Scharlach in das Krankenhaus ein. Sie stehen aber außerdem, draußen infiziert, im Inkubationsstadium der Masern. Diese kommen, vor ihrem Ausbruch durch nichts zu erkennen, erst im Krankenhaus zur Proruption und infizieren, ehe Maßnahmen dagegen getroffen werden können, die noch nicht gegen Masern immunen Kinder des gleichen Saales. Das Masernexanthem nach einem Scharlach zeigt große Neigung, atypisch zu verlaufen; dagegen wird die Fieberkurve der sekundären Morbillen durch vorhergehende Scarlatina nicht beeinflußt, ebenso wie auch die übrigen klinischen Symptome, Komplikationen und Nachkrankheiten in der charakteristischen Weise auftreten. Die Entfieberung des Scharlachs wird, wenn sie in die Inkubationszeit der Masern fällt, verzögert. Im ganzen muß man die nach Scharlach auftretenden Masern als eine sehr schwere Komplikation auffassen. Hecker.

Thure Hellström (Schwede), Morbilli und Diphtherie. (Hygiea. 1905. Nr. 1.) Im Jahrzehnt 1894—1903 wurden im Epidemiekrankenhause zu Stockholm 229 Patienten behandelt, die gleichzeitig oder unmittelbar nacheinander an Diphtherie und Masern litten. 117 Patienten bekamen Masern nach Diphtherie; von diesen genasen 109, starben 8; 3 von diesen 8 litten an schwerer Diphtherie, die den Tod auch ohne die nachfolgenden Masern herbeigeführt hätten; bei 5 schienen die Masern den Tod hervorgerufen zu haben. 91 der Patienten waren unter 6 Jahre alt. Eine vorhergehende Diphtherie scheint kaum die Prognose für eine unmittelbar folgende Maserninfektion zu verschlimmern, obgleich die Todesfälle infolge von Masernpneumonien in einzelnen Fällen durch ein von der Diphtherie geschwächtes Herz eventuell beschleunigt werden können; Diphtherie scheint auch keine prädisponierende Bedeutung für Masern zu haben. Der Verf. kann nicht der Ansicht Baginskys, daß das Exanthem in diesen Fällen sich ungünstig verhält, beitreten; nur in 2 Fällen war der Ausschlag hämorrhagisch, nur in 5 sehr ausgebreitet. Auch nicht die während der Diphtherie an Krupp (bzw. operierten) Patienten schienen die Masern weniger gut durchzumachen.

Ganz anders verhielten sich die Patienten, die Diphtherie während oder nach Morbilli bekamen. Es handelte sich um 112 Fälle, von welchen 98 an Krupp, 14 an Rachen- oder Nasendiphtherie ohne Kruppsymptome (Stenose) litten. Die Masern verschlimmern in hohem Grade die Prognose für eine nachfolgende Diphtherie. Von den 98 starben nämlich 61, von den 14 einer; nur einzelne der Patienten waren über 10 Jahre alt, 90 unter 6 Jahre alt. Die Mortalität schien in keinem Verhältnis zu dem Zeitpunkt, an welchem die Diphtherie

nach den Masern auftrat, zu stehen (im ganzen nur 7 Fälle entstanden 3 Wochen nach dem Anfang des Masernausschlags). Während die Mortalität für alle (1962) Kruppfälle, die im Jahrzehnt im Krankenhaus behandelt wurden, 27,3 % war, starben 62,24 % unter den von Krupp ergriffenen Masernpatienten. Von sämtlichen Kruppkranken wurden 59,89 % operiert, von Morbillikruppkranken 68,17 %. Von sämtlichen operierten Kruppkranken genasen 58,72 %, von operierten Masernkruppkranken nur 25,37 %. Unter den nicht operierten sämtlichen Kruppkranken war die Mortalität nur 6,48 %, unter den nicht operierten Masernkruppfällen 35,48 %. Antidiphtherisches Serum wurde am 1. Februar 1895 eingeführt;[1] vor dieser Zeit wurden 40 an Masernkrupp leidende Patienten mit einer Mortalität von 72,5 % im Krankenhaus behandelt, nach der Einführung der Serumbehandlung war das Mortalitätsprozent 55,17 (für sämtliche Kruppfälle 25,27). Die Hälfte der Todesfälle trat innerhalb der ersten 2 Tage des Aufenthaltes auf. Der Verf. hat an denselben Indikationen als bei gewöhnlicher Krupp operiert, er bevorzugt die Intubation; die erste Extubation wird nach 48 Stunden vorgenommen. Der Verf. empfiehlt präventive Seruminjektionen bei Masernpatienten in Krankenhäusern. Warum die Masern die Prognose für eine nachfolgende Diphtherie verschlimmern, vermag er nicht zu erklären, vielleicht vergrößern sie die Virulenz der Diphtheriebazillen. In einigen Fällen fand er Diphtheriebazillen bei Masernpatienten ohne Diphtherie; solche Patienten müssen streng überwacht werden. In 3 Fällen hat er eine postmorbillöse membranöse Laryngo-Tracheo-Bronchitis mit letalem Ausgang beobachtet, ohne daß es gelang, Diphtheriebazillen nachzuweisen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

[1]) Gleichzeitig trat eine Milderung der Epidemie ein (Ref.).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 5. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte

am 17. Dezember 1905 zu Frankfurt a. M. im Kinderheim (Böttgerstraße).

1. Besichtigung des Kinderheims unter Führung des leitenden Arztes Dr. Scholz.

2. Albrecht (Frankfurt a. M.) demonstriert:

I. **Eine Anzahl von Präparaten von Kindertuberkulose** und erörtert deren hauptsächlichste Unterschiede gegenüber der Tuberkulose der Erwachsenen, sowie die Frage der primären Ansiedlung des Virus. Die wesentlichste Form ist auch beim Kinde die primäre Inhalationstuberkulose, welche häufig in der Lunge nur geringe, in den Bronchialdrüsen große Herde setzt und event. von den letzteren sekundär auf Lunge oder Pleura übergreifen kann. Eine Fortsetzung von Halslymphdrüsentuberkulose auf Pleura oder Lungen läßt sich in der Regel schon grob anatomisch ausschließen, nicht selten kombiniert sich deszendierende Tuberkulose von Hals-

lymphdrüsen mit aszendierender von Bronchialdrüsen, event. unter Freibleiben der zwischenliegenden trachealen Drüsen. Die Darmtuberkulose ist in weitaus der größten Mehrzahl der Fälle sekundär von offenen Lungenherden ausgehend, so gut wie niemals Ursache einer sekundären chronischen Lungentuberkulose. In den unteren Darmabschnitten sind die Eingangspforten in der Schleimhaut meist nachweisbar, bei der Tuberkulose der portalen und pankreatischen Lymphdrüsen ist häufig nur ein ganz kleines Knötchen, in manchen Fällen makroskopisch keine Eintrittspforte mehr auffindbar. Die Fälle von generalisierter Drüsentuberkulose sind zu trennen von denjenigen, bei welchen an den vier Prädilektionsstellen der Lokalisation (Halslymphdrüsen, Bronchialdrüsen, Portaldrüsen, Ileocoekaldrüsen) ausgedehntere fortschreitendere Drüsentuberkulose sich entwickelt hat.

Ausnahmsweise entwickelt sich auch die Lungentuberkulose bei Kindern nach dem für die Erwachsenen überwiegenden Typus: ausgedehnte tuberkulöse Prozesse der Lungen mit kleinsten oder ganz fehlenden käsigen bzw. kreidigen Herden der Bronchialdrüsen. Wahrscheinlich gehen die meisten Kinder mit ausgedehnterer Bronchialdrüsentuberkulose frühzeitig zugrunde, besonders auch an Meningitis tuberculosa, Miliartuberkulose. Jenseits des 25. Jahres findet sich nur ganz ausnahmsweise noch die infantile Kombination von ausgedehnter käsiger oder kreidiger Bronchialdrüsentuberkulose mit chronischer Tuberkulose der Lungen.

II. **Zwei Fälle hochgradiger Tracheal- und Bronchialstenose**: a) durch in die Trachea eingewachsene tub. Drüse, bei Kompression der Hauptbronchien durch verkäste Drüsen; b) durch Soor der Trachea und Bronchien (mit hochgradigem substantiellem Emphysem der Lungen).

III. **Fall von wahrscheinlich extrauterin erworbener Endokarditis der Pulmonalis mit hochgradiger Stenose** bei 18 jährigem Mädchen (chronisch fibröse Endokarditis der arteriovenösen Klappen, rezidivierende und verruköse Endokarditis aller Klappen).

IV. **Fall von erbsengroßem Solitärtuberkel in der rechten Hälfte der Rautengrube bei tub. Meningitis**, ohne auffällige Infiltration im Plexus chorioideus des vierten Ventrikels und ohne stärkere makroskopische Veränderung des Ependyms im letzteren: hochgradige Quellung des Ependyms im Aquaeductus Sylvii; entzündlicher Hydrocephalus internus. Der letztere wurde erst durch Ventrikelpunktion festgestellt, nachdem mehrfache Lumbalpunktionen keine Flüssigkeit ergeben hatten.

V. **Fall von mehr als haselnußgroßem, die Rautengrube völlig ausfüllendem Ependymogliom** bei 13 jährigem Knaben, angeblich im Anschlusse an Trauma entstanden. Es fanden sich multiple Ependymogliome an verschiedenen Stellen des Ependyms der Ventrikel und des Rückenmarks, ein Gliom mit Zyste am Boden des dritten Ventrikels, so daß das Trauma jedenfalls nur wachstumsauslösend gewirkt haben kann. Plötzlicher Tod im Anschlusse an Lumbalpunktion.

VI. **Präparat von multiplen Solitärtuberkeln beider Ventrikel bei subakuter generalisierter Tuberkulose** von 4 Monate altem Kind.

VII. **Multiple Gummen des Herzens bei kongenitaler Lues.**

VIII. **Fall von kongenitaler Endokarditis der Trikuspidalis und Pulmonalis mit hochgradiger Stenose beider Klappen und Verengerung des Ventrikels.** Tod 24 Stunden nach der Geburt.

3. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) stellt zwei Mädchen mit **Lingua scrotalis** (Bénard) vor. Die tiefen Furchen in der Zunge verursachen nur geringe Beschwerden, wie leichte Salivation, Brennen beim Genuß saurer Speisen. In beiden Fällen, deren Ätiologie jedenfalls in entwicklungsgeschichtlichen Anomalien zu suchen ist, war die Affektion bereits bei anderen Familienmitgliedern aufgetreten, ebenso wie dies auch von Payenneville beschrieben ist.

Ferner legt C.-B. ein Präparat von **membranöser Atresie des Colon ascendens** vor, die sich zugleich mit Scoliosis lumbalis gefunden hatte. Bei dem kräftigen Kinde war wegen Ileuserscheinungen (Erbrechen alles Genossenen, Anurie, Stuhlverhaltung) am vierten Tage von Dr. Großmann ein Anus praeternaturalis am Blinddarm angelegt worden, der den Tod jedoch nicht zu hindern vermochte. Eingehen auf die entwicklungsgeschichtlichen ätiologischen Forschungen von Tandler und Kreuter, die die angeborene Darmatresien zum Teil als Hemmungsmißbildung auffassen.

4. Cuno (Frankfurt a. M.) stellte einen Fall von **exstirpiertem Nierensarkom** vor. 3jähriger Junge, April 1905 von Dr. Gloeckler transperitoneal operiert, heute noch rezidivfrei.

Sodann ein 9jähriges Mädchen, bei welchem eine **Schußverletzung des Schädels** die Unterbindung der linken Arteria meningea poster. notwendig gemacht hatte. Die Kugel liegt noch im Stirnhirn über der rechten Augenhöhle. Die durch die Verletzung verursachte Sprechlähmung, rechtsseitige Arm- und Fazialislähmung sind zurückgegangen. Das Kind ist beschwerdefrei. Zuletzt spricht C. über Folgezustände nach Meningitis und stellte fünf geheilte Fälle von Meningitis vor.

Fall 1. 5jähriges Mädchen **Meningitis nach Masern** 1903, nach 2 Monaten entlassen mit halbseitiger Gesichtslähmung und Lähmung des linken Armes. Nach 4 Monaten sind die Lähmungen völlig zurückgegangen.

Das Kind ist heute völlig normal.

Fall 2. 10jähriger Junge, **Meningitis nach Masern**, 1901. Sehr schwerer Fall. Extremitätenlähmung noch einem Monat zurückgegangen. Jetzt noch hochgradig nervös.

Fall 3. 2jähriges Kind, **Hydrocephalus nach Meningitis**, März 1905. Mai 1905 mit Amaurose infolge Neuritis optica entlassen. Dezember 1905 Sehvermögen fast völlig zurückgekehrt. (Keine Lues.)

Fall 4. 11jähriger Junge. **Meningitis cerebrospinalis** 1901. Nach 8 Tagen völliger Verlust des Gehörs. Zustand unverändert geblieben.

Fall 5. 2jähriges Mädchen (geistig sehr entwickelt gewesen). **Meningitis nach Influenza** Januar 1905, sehr schwerer Fall. Anfang Februar kehrte die Bewegungsfähigkeit der Glieder, März das Sehvermögen zurück. Mitte März lernte es wieder gehen. Oktober kehrte der Geschmack zurück. Mitte Dezember hatte man den Eindruck, daß das Kind wieder anfängt zu hören. Das Sprachvermögen fehlt noch ganz. Das Kind macht einen leicht idiotischen Eindruck.

5. E. Grossmann (Frankfurt a. M.) demonstriert einen **neuen Urinfänger**, der sich ihm namentlich nach Operationen bewährt hat, um eine Durchnässung der Verbände zu verhüten. Der Urinfänger besteht aus einem entsprechenden Glasrohr, das wie eine Glocke über den Penis gestülpt und mittels Heftpflaster festgehalten wird. Für Mädchen hat der Urinfänger eine mehr birnförmige Form. Befestigung ebenfalls mittels Heftpflaster. Auch bei Säuglingen, ferner bei Schwerkranken, von denen man rasch Urin zur Untersuchung wünschte, hat sich der kleine Apparat sehr bewährt.

Erhältlich bei Steiner, Frankfurt a. M., Allerheiligenstraße. Preis etwa 0,50 Mk.

6. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.):

I. Demonstration eines 10jährigen Knaben mit **Dystroph. muscul. progress.** (Typus Leyden) mit **Herzaffektion.**

II. **Über Alkaptonurie an der Hand von fünf eignen Beobachtungen.**

7. Dr. Schefers (Darmstadt) legt Proben von einem neuen **Diabetiker-Weißbrot** vor, das von der neu errichteten Nährmittelfabrik Rondholz in Egelsbach bei Frankfurt a. M. in den nächsten Tagen in den Handel gebracht werden soll. Das Brot hat gegenüber den bisherigen für Diabetiker vorzugsweise in Betracht kommenden ähnlichen Erzeugnissen (Aleuronat-, Grahambrot usw.) sehr erhebliche Vorzüge. Während letztere immerhin 40—47 % Kohlenhydrate, dagegen nur etwa 8 % Stickstoffsubstanz und nicht einmal 1 % Fett enthalten, ergibt die Analyse des Rondholz-Brotes — ausgeführt von dem staatlich approbierten Nahrungsmittelchemiker Dr. Warmbrunn in Frankfurt a. M. — nur 22,89 % Kohlenhydrate, dagegen 9,69 % Fett und 19,80 % Stickstoffsubstanz.

Dazu kommt der nicht zu unterschätzender Vorzug — der von den Anwesenden durchweg bestätigt wurde —, daß das Brot einen angenehmen Geschmack hat und dadurch die Gewähr bietet, von den Patienten längere Zeit genossen werden zu können.

Boehm (Frankfurt a. M.) berichtet über ein von dem pharmazeutischen Institut von Ludwig Wilhelm Gans in Frankfurt a. M. hergestelltes **trockenes Phosphorlebertranpräparat** (Phosphorlebertran-Siccol). Dasselbe ist ein durchaus homogenes, schön gelb gefärbtes Pulver, das durch Trocknen des Lebertrans mit Magnesia und Hafermehl gewonnen wird und 40 % Lebertran enthält. Der Phosphor ist in Form von Hypophosphiten — ähnlich der Scotts Emulsion —

beigegeben, der Lebertrangeruch und -geschmack durch Korrigentien größtenteils verdeckt. Vor den üblichen Emulsionen hat das Präparat den Vorzug, daß eine Entmischung oder ein Zusammenballen des Trans unmöglich ist und es infolge seiner Beständigkeit auch während der heißen Zeit gegeben werden kann. Ferner läßt es sich leicht der Nahrung beimengen (Milch, Brei usw.) z. B. auch beim Soxhletschen Verfahren, indem die Tagesmenge Siccol auf die Flaschen verteilt und mitgekocht wird (Tagesdosis 1—2 Teelöffel). Die bisherigen Erfahrungen an über 20 Fällen, über die noch berichtet werden soll, berechtigen zu günstiger Beurteilung des Präparates und fordern zur Weiteranwendung auf.

9. Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): **Grundsätze bei der Errichtung öffentlicher Milchküchen.** Die Notwendigkeit derartiger Einrichtungen ist klar. Über die Art ihrer Organisation ist man sich noch nicht im Detail einig. Drei Hauptsätze müssen berücksichtigt werden. 1. Milchabgabe in Säuglingsmilchküchen darf nur nach ärztlicher Verordnung geschehen; es müssen spezialärztlich geleitete Beratungsstellen vorhanden sein. 2. In der Milchküche darf nur einwandfreie, unter Beobachtung durchführbarer bester Stallhygiene gewonnene Milch Verwendung finden, nie Sammelmilch aus Molkereien, denn die öffentliche Milchküche hat auch die Aufgabe in ihren Ansprüchen an die Qualität der Milch dem Einzelkonsumenten als Vorbild zu dienen. 3. Es ist zu empfehlen, Milchküchen nicht als Wohltätigkeitsanstalten zu errichten, sondern allen Kreisen der Bevölkerung ihre Benutzung zu ermöglichen. Der zu entrichtende Preis kann unter Berücksichtigung des Einkommens und der Kinderzahl der Familie progressiv festgesetzt werden. Das liegt u. a. im Interesse der meist künstlich genährten Säuglinge des gewerblichen Mittelstandes, wo die Frau das Kind weder stillen noch selbst pflegen kann, aber bereitwillig einen hohen Preis für trinkfertige Milch zahlt. Auf dieser Grundlage ist auch eine Milchküche finanziell besser zu unterhalten.

Außerdem ist es nötig, im Zusammenhang mit der öffentlichen Milchküche durch Wort und Schrift immer wieder für die natürliche Ernährung einzutreten.

Eine Trennung in Milchküchen für gesunde und für kranke Säuglinge ist weder durchführbar noch ratsam.

10. Besichtigung der Krippe, Nordendstraße 58, unter Führung des leitenden Arztes Dr. Cuno.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.)

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 1. Februar 1906.

1. B. Panzer zeigt einen 13jährigen Knaben mit **primärer Tuberkulose der Nasenschleimhaut.** Die subjektiven Beschwerden des Patienten beschränkten sich auf Undurchgängigkeit der Nase, wobei nur unwesentliche Sekretion bestand. Am Kranken bemerkt man ein leichtes Ödem des Nasenrückens, das Knochengerüst ist intakt. Im knorpeligen Anteile des Septum findet sich rechterseits ein kreuzergroßes, an der Oberfläche exulzeriertes mit gelblicheitrigem Sekret bedecktes Infiltrat. Am Rande sieht man einzelne gelbliche Knötchen. Die übrige Schleimhaut ist normal. Im Kieferwinkel sind bohnengroße Drüsen tastbar. Die übrigen Organe sind gesund. Das Geschwür ist daher als primär aufzufassen und wahrscheinlich durch Schmierinfektion entstanden.

Die primäre Tuberkulose der Nasenschleimhaut ist nicht häufig und tritt in zwei Formen auf. Die eine Form ist die eben beschriebene, die andere führt zur Bildung fibromähnlicher gestielter Tumoren, die von normaler Schleimhaut bedeckt sind. Die Prognose der Erkrankung ist keine schlechte. Die Behandlung besteht in ausgiebiger Ätzung.

2. Escherich spricht über **Thrombenbildung im Herzen und embolischen Prozessen** im Verlaufe der septisch-toxischen Form der Diphtherie, auf deren Vor-

kommen schon **Marfan** hingewiesen hat. **Marfan** führt die Thrombenbildung auf infektiöse Prozesse zurück, während E. annimmt, daß sie nur eine Folge der Zirkulationsstörung bei postdiphtherischer Myokarditis darstellt.

E. hat in kurzer Zeit vier Fälle von embolischen Prozessen bei schwerer Diphtherie beobachten können. Bei allen Kindern war eine septisch-toxische Diphtherie vorausgegangen. Am 11.—15. Tage traten Zeichen von Herzschwäche auf, denen in drei Fällen der Tod folgte. Bei der Obduktion fanden sich Thromben in der Nähe der Spitze des Ventrikels und Infarkte in den Nieren, in einem Falle auch Embolien in den Lungenarterien. Das vierte Kind (ein 4jähriges Mädchen) zeigte im Verlaufe einer postdiphtherischen Myokarditis am 17. Krankheitstage plötzlich einsetzende Hämaturie; schon die nächsten Portionen des Harnes waren lichter, nach 18 Stunden verschwand das Blut aus dem Harne. Der Eiweißgehalt des Harnes entsprach der Blutbeimengung, Zylinder fehlten. Nach einigen Tagen folgte ein neuerlicher Niereninfarkt, die Hämaturie sistierte diesmal bereits nach 8 Stunden.

3. **Knöpfelmacher** zeigt ein 3jähriges Mädchen mit ausgeheiltem **Hydrocephalus chronicus**, der 2 Jahre beobachtet wurde. Seit 8 Monaten hat der Umfang des Kopfes, der 66 cm beträgt, nicht mehr zugenommen, die früher weit klaffenden Nähte sind geschlossen, die psychischen und motorischen Funktionen haben wesentliche Fortschritte gemacht. Der Augenhintergrund, der früher eine verschwommene Papille gezeigt hatte, ist normal. Das Schädelvolumen beträgt 4500 ccm = $^2/_5$ des Körpergewichtes (11 kg). K. führt den günstigen Verlauf des Prozesses wenigstens zum Teile auf die wiederholte Vornahme von kleinen Lumbalpunktionen zurück. Es wurden 66 mal je 20—30 ccm Zerebrospinalflüssigkeit entleert. Nur 5—6 mal stellte sich danach etwas Fieber ein, sonst wurde die Punktion gut vertragen. Der vorgestellte Fall hat in der Anamnese keinen Anhaltspunkt für Lues.

Neurath sah einen Fall von Hydrocephalus bedingt durch Verschluß des Foramen magendie und mahnt bei Vornahme der Lumbalpunktion in solchen Fällen zur Vorsicht, da plötzlich Tod eintreten kann.

Hochsinger meint, man solle den therapeutischen Erfolg der Lumbalpunktion nicht zu hoch anschlagen, übrigens komme der Hydrocephalus chronicus auch spontan zur Ausheilung. Ballonköpfe, wie im vorliegenden Falle, seien meist nicht luetischen Ursprunges. Die heredosyphilitischen Hydrocephali sind meist viel kleiner.

Escherich lobt den therapeutischen Wert der Lumbalpunktion und betont deren Ungefährlichkeit im Gegensatze zu den lebensgefährlichen Ventrikelpunktionen. Die Beeinflussung der Hirndrucksymptome durch die Lumbalpunktion sei häufig deutlich zu erkennen. Mehrmals sei er von den Eltern selbst aufgefordert worden, die Lumbalpunktion zu wiederholen, deren günstiger Einfluß den genau beobachtenden Angehörigen nicht entgangen war.

Knöpfelmacher hebt nochmals hervor, daß durch die Lumbalpunktion die Hirndrucksymptome erfolgreich bekämpft werden können. Dies sehe man auch bei der tuberkulösen und Zerebrospinalmeningitis.

4. **Leiner** stellt ein 3jähriges Kind mit **Bromakne** vor. Patient erhielt täglich eine kleine Messerspitze Bromnatrium. Schon am vierten Tage traten eitrige Knötchen auf, die bald den ganzen Körper bedeckten. Trotz Aussetzens der Therapie erfolgten noch durch einige Tage neue Eruptionen von siebartig durchbrochenen Knötchen mit zentralen Pustelchen. Bewegungen der unteren Extremitäten waren ungemein schmerzhaft.

Im Anschlusse an diese Demonstration zeigt L. Aquarelle zweier weiterer Fälle von Bromakne (5 Monate altes Kind mit Meningitis und 8 monatliches Brustkind). Der letztere Fall ist dadurch interessant, daß die Bromintoxikation durch die Muttermilch erfolgte. Die Mutter litt an schwerer Epilepsie und konnte ohne Brom nicht existieren (täglich 1 Messerspitze **Erlenmayer**sche Mischung). Trotzdem weder im Harn der Mutter noch in der Milch Brom nachweislich war, zeigte das Kind typische Bromakne neben knotenförmigen Erythemen. Das Kind mußte abgestillt werden; seitdem geht es ihm gut, es ist heute 5 Monate alt und wiegt 7 kg.

Zappert betont die charakteristische Form der Bromakne bei Kindern (tuberkulöse Eruptionen an den Unterschenkeln). Z. hat vier Fälle gesehen, ihr

Vorkommen ist doch selten, man solle sich dadurch nicht abhalten lassen, große Bromdosen anzuwenden.

5. Escherich ladet zum Besuche der konstituierenden Versammlung der österreichischen Gesellschaft für Kinderforschung ein. Diese soll nach dem Muster der deutschen Gesellschaft, Ärzte, Juristen und Pädagogen vereinigen, um die Grenzgebiete der physischen und psychischen Erziehung wissenschaftlich zu behandeln und praktische Anregungen auf dem Gebiete der Kinderfürsorge zu geben.

6. Jehle berichtet über eine durch Mikrococcus catarrhalis bedingte **Grippe-Endemie** auf der Säuglingsstation der Klinik Escherich. Nach Filatow können grippeartige Erkrankungen durch verschiedene Mikroorganismen (Influenzabazillen, Mikrococcus catarrhalis usw.) bedingt sein. Gegen Influenza sind Säuglinge im allgemeinen immun, bei Säuglingsgrippe findet sich als ätiologisches Moment meist Mikrococcus catarrhalis, dessen morphologische Eigenschaften von Seiffert, Pfeiffer und Ghon studiert worden sind. Fünf Kinder der Säuglingsstation erkrankten in kurzen Intervallen unter ähnlichen Symptomen. Die Erkrankung charakterisierte sich durch geringe subjektive Störungen, dagegen bestand durch mehrere Tage hohes Fieber (Temperatur bis 40°) und mäßiger Schnupfen. Die Kinder zeigten starke Gewichtsabnahmen. Dabei erkrankten nur diejenigen Säuglinge, die außerhalb der Couveusen lagen. Die Couveusenkinder, deren Abschluß dadurch ein völliger ist, daß die Luftzufuhr aus dem Freien und nicht aus der Zimmerluft stattfindet, blieben bis heute verschont.

Jehle fand nun im Nasensekret bei allen fünf Kindern, teils knapp vor der Erkrankung, teils während derselben den Mikrococcus catarrhalis. Nach Ablauf der Endemie war letzterer nicht mehr nachzuweisen.

Eisenschitz mahnt zur Vorsicht in der Verwertung bakterieller Befunde bei grippeartigen Erkrankungen und weist darauf hin, daß gelegentlich der influenzaartigen Epidemie im Jahre 1904, Kretz niemals Influenzabazillen im Sputum nachweisen konnte. Auch französische Autoren berichteten damals bei ähnlichen klinischen Krankheitsbildern, daß auch hier der Influenzabazillus nicht gefunden werden konnte.

Zappert und Schlesinger fügen noch hinzu, daß die von Eisenschitz erwähnte Epidemie die für Influenza typische hämorrhagische Otitis aufgewiesen habe.

Escherich betont den Vorrednern gegenüber, daß die Bedingungen zur Aufklärung der Epidemieätiologie bei vorliegendem Materiale der Säuglingsstation, die bisher von Infektionen freigeblieben war, besonders günstig lagen. Deshalb seien auch die Befunde verwertbar. Escherich weist auf den günstigen Verlauf der Endemie hin und betont, daß seiner Erfahrung gemäß ein solcher nicht regelmäßig zu erwarten ist. Die Gutartigkeit des Verlaufes beruht vielleicht darauf, daß die Pfleglinge der Säuglingsstation vor der Erkrankung kräftig und gesund waren. B. Schick (Wien).

IV. Neue Bücher.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** II. (Schluß-)Band. 1906. Leipzig. Verlag von Joh. Ambr. Barth. Preis: Mk. 14, geb. Mk. 16,50.

Wenn ich anläßlich des Erscheinens des 1. Bandes des Heubnerschen Werkes die Hoffnung ausgesprochen habe, daß der 2. Band recht bald nachfolgen möchte, so ist allerdings diese Hoffnung nicht in Erfüllung gegangen, sondern wir haben ziemlich lange auf den Schlußband warten müssen. Aber: „was lange währt, wird gut“. Dies Sprichwort bewahrheitet sich auch hier, ja man kann sogar in unserem Fall sagen: — „wird sehr gut“. Dieses Prädikat gebührt zweifellos der vortrefflichen Arbeit Heubners, dessen Werk eine Zierde der deutschen medizinischen Literatur bilden wird. In dem 2. Bande behandelt der Verf. die Krankheiten des Blutes, die Stoffwechselkrankheiten, die Krankheiten des Nervensystems, Respirationsapparates, die Herzkrankheiten, die Krankheiten der Verdauungsorgane, des Urogenitalsystems und einige Hautkrankheiten. Überall

erkennt man wieder die reichen Erfahrungen, aus denen der Autor schöpft, empfindet man Freude an der klaren, präzisen Diktion des Verf.s, an seiner plastischen Darstellung, welche das Lernen und Verstehen so wesentlich erleichtert. Heubners Lehrbuch wird sicherlich allenthalben die höchste Anerkennung finden.
Grätzer.

A. Albu u. C. Neuberg. **Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels.** 1906. Berlin. Verlag von J. Springer. Preis: geb. Mk. 7.

Im letzten Jahrzehnt ist dem Mineralstoffwechsel wieder von seiten der Gelehrten und Praktiker große Aufmerksamkeit zugewendet worden, ist seine Bedeutung für die Physiologie und Pathologie der Lebensvorgänge wieder mehr gewürdigt worden. Die Verff. haben sich ein großes Verdienst dadurch erworben, daß sie im vorliegenden Buche das Wissen auf diesem Gebiete nach leitenden Gesichtspunkten zusammenfaßten und kritisch sichteten. Es ist ihnen das vortrefflich gelungen, und wir werden durch sie bestens orientiert über den Kalk-, Magnesium-, Phosphor-, Schwefel-, Eisen-, Kochsalzstoffwechsel, über die Mineralstofftherapie, Aschenanalyse und vieles andere. Eigene Untersuchungen der Verff., angestellt in der chem. Abteilung des pathologischen Instituts der Berliner Charité, lieferten neues wertvolles Material. Den Schluß des Buches bilden zahlreiche Tabellen über die Mineralstoffzusammensetzung der menschlichen Nahrungs- und Genußmittel, sowie der Mineralbrunnen und -Bäder. Jeder Arzt wird das inhaltreiche Werk mit Befriedigung lesen und bei dem Studium desselben viel lernen.
Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Am 30. April 1906 findet, laut Beschluß der vorjährigen Versammlung, wieder eine **gemeinsame Sitzung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte in Wiesbaden** statt, zu der hiermit auch Nichtmitglieder freundlichst geladen werden.

Anmeldungen von Vorträgen usw. an Dr. Lugenbühl, Schützenhofstr. 9.

Dr. Selter (Solingen),
Vorsitzender der Vereinigung
niederrhein.-westf. Kinderärzte.

Dr. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.),
Schriftführer der südwestdeutschen
Vereinigung.

Der Ortsausschuß:

Geh. Rat E. Pfeiffer,
ständiger Sekretär der Gesellschaft
für Kinderheilkunde.

Dr. E. Lugenbühl.

Der **23. Kongreß für innere Medizin** findet vom 23.—26. April 1906 zu München statt unter dem Vorsitz des Geheimrat v. Strümpell (Breslau). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: **Die Pathologie der Schilddrüse.** Referenten: Friedr. Kraus (Berlin) und Kocher (Bern). Hering (Prag) wird am 2. Sitzungstage ein kritisches Referat über die Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit erstatten. Vorträge haben bis jetzt angemeldet die Herren: Jacob (Cudowa): Zur fieberlosen Pneumonie der Herzkranken; Feinberg (Berlin): Die Ursache der Geschwülste und ihre Verhütung; Aronsohn (Ems-Nizza): Erhöhter Eiweißstoffwechsel im Fieber usw.; A. Bickel (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen; Pässler (Dresden): Klinische Beobachtungen bei Anurie; Dietlen (Gießen): Über normale Größe und Lage des Herzens; Ebstein (Eisenach): Medizinische Bedeutung Eisenachs; P. Krause (Breslau): Über Lipämie im Koma diabeticum.

Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Professor Friedr. Müller, München, Bavariaring 6.

Berlin. Auf die **Waldschule** in Charlottenburg, die aus der Idee der Kindererholungsstätten erwachsen ist, hat der Kultusminister auf besonderen Befehl des Kaisers die Aufmerksamkeit der Regierungen und Provinzialschulkollegien gelenkt.

Schulpflicht geistig minderwertiger Kinder. (Aus dem Kammergericht.) Das Kammergericht hatte sich mit der Frage zu beschäftigen, ob die Eltern verpflichtet sind, ihre Kinder in eine Schule für schwachsinnige und geistig minderwertige Kinder zu senden. Lina H. war nach Ansicht der Lehrer geistig minderwertig und machte in der Volksschule nicht die erforderlichen Fortschritte. Dem Vater des Mädchens wurde darauf mitgeteilt, daß er seine Tochter ferner in die städtische Hilfsschule zu senden habe, die nur von schwachbegabten Kindern besucht werde. Als H. dieser Aufforderung nicht nachkam, wurde er auf Grund einer Regierungspolizeiverordnung in Strafe genommen. H. bestritt, daß seine Tochter geistig minderwertig sei, und behauptete, nach § 46 ff. II 12 des Allgemeinen Landrechts brauche er sein Kind nur in die ordentliche Volksschule zu senden. Eine Beschwerde des Familienvaters wurde sowohl vom Regierungspräsidenten als auch vom Minister abgewiesen. Auch war dem Mädchen der Besuch der Volksschule und einer höheren Töchterschule nicht gestattet worden. Sowohl das Schöffengericht als auch das Landgericht verurteilten H. zu einer Geldstrafe wegen Schulversäumnis seiner Tochter, da die städtische Hilfsschule zu den öffentlichen Volksschulen zu rechnen sei, die von der Stadt unterhalten und vom Staat beaufsichtigt werden. Diese Entscheidung focht H. durch Revision beim Kammergericht an und betonte, eine Volksschule sei eine Anstalt, welche von jedem Kinde besucht werden könne; die Hilfsschule sei lediglich eine pädagogische Versuchsanstalt. Das Kammergericht wies die Revision des Angeklagten als unbegründet zurück, da das Landgericht mit Recht annehme, daß H. seine Tochter in die Hilfsschule schicken mußte. Die Hilfsschule gehöre zu den Volksschulen, welche nach § 46 II 12 des Allgemeinen Landrechts so lange von den Kindern besucht werden müsse, bis sie die erforderlichen Kenntnisse nach dem Befunde des Schulinspektors erworben haben. (Voss. Ztg.)

— **Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit** ist bekanntlich jetzt in Berlin mit aller Kraft aufgenommen worden, und es hat die deutsche Kaiserin die Anregung zur Schaffung einer wissenschaftlichen Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gegeben. Am 10. Januar fand eine Versammlung hervorragender Persönlichkeiten statt, um den Grundstein des Unternehmens zu legen. In der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1906 No. 3 finden wir eine wörtliche Wiedergabe der dabei gehaltenen Ansprachen und Vorträge: „Ansprache" von Staatsminister Dr. v. Schönstedt, „Die sozialen Voraussetzungen für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" von Kabinettsrat Dr. v. Behr-Pinnow, „Die Begründung einer wissenschaftlichen Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, ihre Notwendigkeit und Aufgaben" von Geh. Mediz.-Rat. Prof. Dr. Heubner, „Die Organisation und innere Einrichtung der in Aussicht genommenen Musteranstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" von Geh. Ob.-Mediz.-Rat Dr. Dietrich, „Die rechtliche und finanzielle Organisation der geplanten Anstalt" von Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Bumm.

Breslau. Prof. Czerny, der Direktor der hiesigen Universitäts-Kinderklinik, ist als Nachfolger v. Rankes an die Universität München berufen, hat aber abgelehnt.

München. Prof. Meinhard Pfaundler in Graz hat den an ihn ergangenen Ruf als Professor der Kinderheilkunde an die Universität München, als Nachfolger des Geheimrats v. Ranke, angenommen.

— **Die Aufstellung von Schulärzten für die städtischen Schulen Münchens** darf jetzt als unmittelbar bevorstehend bezeichnet und der prinzipiell entscheidende Beschluß bereits in den nächsten Tagen erwartet werden. Über die geplante Organisation des schulärztlichen Dienstes im einzelnen liegt jetzt ein eingehendes Referat des städtischen Schulrates Dr. Kerschensteiner vor. Hiernach sollen nach dem Vorbilde der Berliner Dienstanweisung für Schulärzte den künftigen Münchener Schulärzten folgende Aufgaben zugewiesen werden: Die Untersuchung des körperlichen Zustandes aller in die Schule eintretenden Kinder, eine Wiederholung dieser Untersuchung am Ende des 3., 7. und 8. Schuljahres, Überwachung der aus der

Untersuchung als überwachungsbedürftig hervorgehenden Kinder, Abgabe eines Gutachtens über Kinder, die einer besonderen Berücksichtigung im Unterricht bedürfen, auf dem Gesundheitsbogen des Kindes, Prüfung der für die Hilfsschule vorgeschlagenen Kinder, Untersuchung der Kinder während des Schuljahres, die vom Oberlehrer als besonders krankheitsverdächtig bezeichnet werden, und mindestens 4malige Visitation der dem Schularzt zugewiesenen Schulhäuser für öffentliche und private Unterrichts- und Erziehungseinrichtungen. Dr. Kerschensteiner berechnet, daß hiernach 18500 Kinder zur Untersuchung durch die Schulärzte übrig bleiben. Er beantragt, vorerst 18 Schulärzte, einen Spezialaugenarzt und einen Spezialohrenarzt im Nebenamte anzustellen, die einem aus ihrer Mitte zu wählenden Obmanne zu unterstellen wären. Jeder Schularzt soll ein Honorar von 1000 Mk. erhalten, der Obmann eine Zulage von 500 Mk., die Spezialärzte je 250 Mk. Die erforderlichen Mittel sollen in den Etat für 1907 eingestellt werden und die amtliche Tätigkeit der Schulärzte mit der Einschreibung 1907 beginnen. Außer den Schulärzten ist die Aufstellung eines städtischen Amtsarztes in Aussicht genommen, der als Berater dem Magistrat zur Seite stehen soll in bezug auf Gesundheitspflege, Abgabe von Gutachten für Bauwesen, Aufnahme in den Gemeindedienst. Er soll Sitz und event. Stimme im Kollegium haben, seine Gehalts- und Pensionsverhältnisse sollen entsprechend der Stellung der Rechtsräte geregelt werden. Im übrigen wird die Organisation des schulärztlichen Dienstes im Einvernehmen mit der Ärzteschaft zu regeln sein, an welche ohne Zweifel die Gemeinde bald herantreten wird. Abgesehen von wichtigen Standesinteressen werden es die Ärzte Münchens jedenfalls als eine Ehrensache ansehen müssen, an der gedeihlichen Entwicklung dieser zum guten Teil auf ihre Anregung ins Leben gerufenen Einrichtung von Anfang an mitzuwirken; hierzu wird unseres Erachtens neben den beiden Standesvereinen auch der ärztliche Verein berufen sein. (Münch. med. Wochenschrift.)

Oppeln. Zum **Schutze der Schulkinder gegen Erkältungen** infolge nasser Witterung hat die Regierung in Oppeln kürzlich nachstehende Verfügung erlassen:

Erfahrungsmäßig sind heftige Erkältungen und Krankheiten der Schulkinder in der naßkalten Jahreszeit häufig darauf zurückzuführen, daß die Kinder in durchnäßten Fußbekleidung in der Schule sitzen müssen. Das ist namentlich da der Fall, wo die Kinder auf dem Lande weite Wege zur Schule zurücklegen müssen. Wir empfehlen deshalb, die Schulleiter allgemein darauf hinzuweisen, daß gesundheitliche Schäden der Kinder durch Erkältung verhütet werden können, wenn auf die Eltern in geeigneter Weise eingewirkt wird, ihren Kindern Fußbekleidungsstücke (Strümpfe, Pantoffeln) zum Wechseln beim Betreten des Schulzimmers mitzugeben. Für arme Schulkinder würde die Beschaffung billiger Fußbekleidungsstücke zu genanntem Zweck bei der Gemeinde oder der Gutsherrschaft in Anregung zu bringen sein.

Magdeburg. 100000 Mk. zur **Errichtung eines Kinderkrankenhauses** hat der von hier gebürtige Herr Neubauer in Hamburg aus Anlaß der silbernen Hochzeit unseres Kaiserpaares dem Magistrat seiner Vaterstadt überwiesen.

Wien. Eine Reihe von Hygienikern, Ärzten und Gelehrten verschiedener Wissensgebiete, sowie von Kinderfreunden ist zur Gründung einer österreichischen **Gesellschaft für Kinderforschung** zusammengetreten. Die konstituierende Versammlung hat am 3. Februar stattgefunden.

Nürnberg. Hierselbst starb nach nur kurzer Krankheit der bekannte Kinderarzt Hofrat Dr. Julius Cnopf im Alter von 84 Jahren. Der bis in sein hohes Alter tätige Kollege erfreute sich der größten Wertschätzung; er war bis zum Lebensende schriftstellerisch nnd literarisch tätig.

Kopenhagen. Prof. Dr. J. V. Wichmann, Dozent für Pädiatrie, Direktor des Königin Louisen-Kinderspitals zu Kopenhagen, ist im Alter von 53 Jahren gestorben.

— Der Privatdozent der Pädiatrie Dr. Holger Prip ist im Alter von 40 Jahren gestorben.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.





Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

KÜHNEMANN, Stabsarzt **Dr.**, **Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten.** Mit besonderer Berücksichtigung der Differential-Diagnostik. gr. 8°. [XVIII, 393 Seiten.] 1901. M. 8.40, geb. M. 10.—

Berlin. klin. Wochenschr.: Die Tabellen für die Diff.-Diagnose sind mit größter Gründlichkeit und anerkennenswerter Vollständigkeit bearbeitet. Die Idee wird sich als eine glückliche erweisen, da gerade in schwierigen Fällen auch auf die seltenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht wird und das Studium der Tabellen die kritische Abwägung aller Krankheitserscheinungen für eine präzise Diff.-Diagnose ermöglicht.

Münch. med. Wochenschr.: Die analytische Diagnostik des Verfassers stellt eine sehr verlässige und fruchtbare Methode dar, über den einzelnen Fall Klarheit zu gewinnen.

Therapeut. Monatshefte: Für den Praktiker, der sich rasch orientieren und Rat holen will, ein bequemer und nützlicher Führer.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

DR. BENNECKE (MARBURG), DR. ERNST DEUTSCH (BUDAPEST), DR. ALBR. DWORETZKY (MOSKAU), PROF. DR. EVERSBUSCH (MÜNCHEN), DR. G. FINDER (CHARLOTTENBURG), DR. TH. FREYHAN (BERLIN), DR. FRICKE (GÖTTINGEN), DR. W. GABEL (LEMBERG), DR. GERMAN (GÖTTINGEN), DOZ. DR. GRAANBOOM (AMSTERDAM), PRIV.-DOZ. DR. R. HECKER (MÜNCHEN), PROF. DR. JOACHIMSTHAL (BERLIN), DR. MAX JOSEPH (BERLIN), DR. M. KAUFMANN (MANNHEIM), DR. P. MAAS (AACHEN), DR. KURT MENDEL (BERLIN), PRIV.-DOZ. DR. ADOLPH H. MEYER (KOPENHAGEN), PRIV.-DOZ. DR. E. SCHREIBER (MAGDEBURG), PRIV.-DOZ. DR. H. B. SHEFFIELD (NEW YORK), DR. A. SONNTAG (BERLIN), PROF. DR. H. STARCK (KARLSRUHE), DR. E. TOFF (BRAILA, RUMÄNIEN), PROF. DR. VULPIUS (HEIDELBERG), DR. WENTZEL (ZITTAU), DR. WOLFFBERG (BRESLAU), PRIV.-DOZ. DR. ZIEGENSPECK (MÜNCHEN) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

XI. Jahrgang. Mai 1906. Nr. 5.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Mai 1906. No. 5.

I. Originalbeiträge.

Zwei Fälle von Erythromelalgie.

Ein Beitrag zur Kasuistik.

Von

Dr. **Staedtler** in Bern.

Fall I.

1899. Knabe H., 8 Jahre alt. Anamnese. Reif geborenes, schwächliches Kind, das während der ersten Lebensjahre fast beständig kränkelte. Lernte erst mit 2 ½ Jahren gehen. Viele Konvulsionen, entwickelte sich geistig normal. Im Februar 1898 Masern von 3wöchentlicher Dauer, darauf im März öfteres Erbrechen, so daß an beginnende Meningitis gedacht wurde. Seit Jahren leidet der Knabe an Verstopfung und Verdauungsbeschwerden, war von jeher aufgeregt, zornig, welcher Erregungszustand nach den Masern noch zunahm. Am 18. Mai 1898 zeigten sich an den Händen des kleinen Patienten kleine, rote Flecken, klagte aber schon 14 Tage vorher über Jucken und Beißen an Händen und Füßen. — Mit dem Erscheinen des Exanthems fühlte sich der Knabe allgemein unwohl; auch stellte sich Schlaflosigkeit ein, was ihn sehr ermattet haben soll. Dann begannen die Finger zu schwellen, die Zehen aber nicht, sie wurden nur rot. An den Fingern war die Haut blaurot und Patient klagte beständig über Beißen oder Brennen an ersteren. In der zweiten Woche der Erkrankung stieß sich die Epidermis an den Fingern ab und ließ einen lebhaft geröteten, trocknen Grund zurück. An den Zehen war ebenfalls Abschuppung zu bemerken. Danach nahm das Gefühl des Beißens und Brennens ab und stellte sich nur dann wieder ein, wenn Hände und Füße an die Wärme kamen. Patient transpiriert im Gesicht und am Körper viel, nur die Hände und Füße sind trocken.

Status. Schlecht genährtes, blasses Kind mit im Verhältnis zum übrigen Körper auffallend großem Schädel. Aussehen leidend und ermattet. Die Zähne sind unregelmäßig durch Intervalle getrennt, ihre Ränder gezackt, viele davon kariös. Am rechten Unterkieferrand finden sich mehrere kirschkerngroße, harte Lymphdrüsen. Nachdem Patient eine Zeitlang still gewesen ist, befällt ihn ein allgemeines Zittern. Die Hände erscheinen auffallend groß, die Finger, welche leicht auseinander gespreizt und krallenförmig gehalten werden, sind im Verhältnis zu den Händen kurz. Die Verdickung des zweiten, dritten und vierten Fingers ist so bedeutend, daß dieselben in ihrer Dicke denjenigen eines Erwachsenen von 30 Jahren entsprechen.

Umfang in der Höhe der I. Phalanx.

a) linke Hand:

zweiter	Finger	6,3 cm,	Daumen 5,9 cm
dritter	„	5,8 „	
vierter	„	5,9 „	
fünfter	„	5,0 „	

b) rechte Hand:

zweiter	Finger	6,5 cm,	Daumen 6,0 cm
dritter	„	6,7 „	
vierter	„	6,5 „	
fünfter	„	5,8 „	

Am ersten und zweiten Finger der linken und am dritten und vierten Finger der rechten Hand ist die Schwellung in der Gegend des ersten Interphalangealgelenkes am stärksten, umfaßt, außer den Fingern, auch noch die Hohlhand und das untere Drittel des Handrückens, Druck auf die geschwollenen Partien hinterläßt keinen Eindruck, ruft aber eine, wenn auch nicht sehr intensive Schmerzensäußerung hervor. Die geschwollenen Partien fühlen sich trocken und heiß an, sind blaurötlich verfärbt. Auch auf den nichtgeschwollenen Partien des Handrückens ist diese Verfärbung zu beobachten, nur tritt sie hier nicht gleichmäßig, sondern in Form rundlicher, unregelmäßiger bis centimestückgroßer Flecken hervor. Die Epidermis ist trocken; sie stößt sich stellenweise in Form trockener, fest an der Unterlage adhärierender Fetzen ab und ist in der Hohlhand deutlich verdickt. Die Nägel glänzend, gut erhalten. An der Beere des dritten Fingers der linken und rechten Hand finden sich zwei stecknadelkopfgroße blutunterlaufene Stellen. Die Zehen zeigen lebhafte aber nicht gleichmäßige Rötung, sind nicht geschwollen. An der Fußsohle löst sich die Epidermis ebenfalls ab. Auffallend ist eine beinahe konstante Erektion des Penis, die weder von Schmerzen noch sonst unangenehmen Empfindungen begleitet zu sein scheint. Die Hände können nicht geschlossen werden und die Bewegung der Finger ist stark beeinträchtigt, und doch kann Pat. leichte Flexions- und Extensionsbewegungen ausführen; dagegen ist Heben eines selbst leichten Gegenstandes nur mit Mühe möglich. Die Sensibilität ist an den Händen erhalten, spitz und stumpf wird regelmäßig und prompt unterschieden. Patellarsehnenreflexe sind hochgradig gesteigert, Fußklonus angedeutet. Bei jeder körperlichen Untersuchung stellt sich allgemeines Zittern ein. Augenreflexe, Bewegung der Augen und der Gesichtsmuskulatur normal. Lungenschall sonor, Herzgrenzen an normaler Stelle, Herzaktion regelmäßig, frequent 130, Töne rein. Urin enthält Eiweiß $^1/_2$ $^0/_{00}$, keine Zylinder.

22. VI. Pat. hatte eine sehr unruhige Nacht, schlief nicht, jammerte beständig. Die Schmerzen scheinen nicht von gleichmäßiger Stärke zu sein, sondern in Paroxysmen aufzutreten, während welcher Pat. laut schreit und um Hilfe ruft. Behandlung: konstantes kaltes Handbad. Antipyrin 0,2, Phenacetin 0,15 3mal täglich ein Pulver. Mixt.: Extract. secal. cornut. 2,0 : 200,0.

24. VI. Der gestrige Tag, sowie die letzte Nacht waren ruhiger. Pat. schlief viel, jedoch hatte er des Nachmittags eine Periode von mehreren Stunden, während welcher er beständig jammerte. Pat. ist sehr matt und durch die beständige Schlaflosigkeit der letzten Wochen sehr heruntergekommen. Die Epidermis der Finger ist durch das Wasserbad leicht mazeriert, zeigt unveränderten objektiven Befund.

28. VI. Nachdem während 3 Tagen eine subjektive Besserung zu konstatieren war, stellte sich wiederum Verschlimmerung ein; die Schmerzanfälle wurden stärker und häufiger. Während eines solchen Anfalles fühlen sich die Hände heiß an, die Finger sind lebhaft gerötet und erscheinen noch mehr geschwollen, als sonst. Pat. klagt auch über Brennen an den Füßen. Therapie: Tct. nuc vomic. 10,0, Valerian. 20,0 3mal 10 Tropfen.

29. VI. Im Laufe des gestrigen Tages hatte Pat. fünf Anfälle, nachdem sich schon am 28. VI. zwei schwache Anfälle gezeigt hatten, wobei er die Augen verdrehte und bei schwacher Drehung des Kopfes nach oben starrte. Die heutigen Anfälle sind viel heftiger. Beim Beginn derselben war wieder ein Starrwerden des Blickes und Verdrehen des Kopfes zu beobachten, hierauf stellten sich allgemeine epileptiforme Konvulsionen ein, wobei Pat. das Bewußtsein verlor, ließ Urin unter sich gehen und hatte einmal blutigen Schaum vor dem Munde, doch war beim Beginne des Anfalles ein Schrei nicht wahrzunehmen. Längste Dauer eines Anfalles etwa 20 Minuten. Patellarreflexe hochgradig gesteigert, Fußklonus. Allgemeine Steifheit der Unterextremitäten. Therapie: Kal. bomat. 2mal 1,0.

30. VI. Die Nacht war etwas ruhiger, Pat. konnte einige Stunden schlafen. Durch beständiges Reiben haben sich an der Innenfläche des linken Zeigefingers und des rechten Ringfingers zwei mandelgroße Blasen und am kleinen Finger eine linsengroße Blase gebildet. Am rechten Zeigefinger finden sich zwei zehncentimestückgroße Blasen und eine kirschkerngroße am kleinen Finger der rechten Hand. Die Finger sind stark geschwollen und lebhaft blaurot. Auch über Brennen der Füße wird geklagt. Therapie: Kal. bromat. 2mal 1,0, Tct. valerian. Salbe: Acid. acetic. dil. 10,0, Acid. tartar. 5,0, Lanolin 30,0.

2. VII. An Stelle der zwei großen Blasen des linken Zeigefingers sind zwei längliche, brandig-schwarze Flächen getreten. Allgemeiner Zustand scheint besser, Pat. ist ruhiger und schläft ganz ordentlich während der Nacht. Appetit gut. Das Brennen an den Händen wird scheinbar weniger lebhaft empfunden; wenigstens jammert Pat. nicht mehr so anhaltend und laut als vor 8 Tagen. Patellarsehnenreflex immer noch gesteigert, jedoch nicht mehr in dem Grade wie am 29. VI. Fußklonus. Die Steifheit der Unterextremitäten hat nachgelassen. Priapismus ebenfalls vermindert.

9. VII. Auf Borumschläge besserten sich die geschwürigen Stellen rasch und bedecken sich nur mit Epidermis. Seit 8 Tagen sind die Nächte ruhig und auch am Tage zeigt Pat. ausgesprochene Schlafsucht. Der Knabe sagt nun selbst, daß die Schmerzen in den Händen bedeutend abgenommen hätten. Beim Versuch, die Bromkalidosis auf 1,0 zu reduzieren, nimmt die Aufregung des Pat. sichtlich zu. Keine Anfälle mehr. Appetit gut. Allgemeinbefinden sehr gebessert. Therapie: id.

17. VII. Subjektive Besserung. Pat. schläft die ganze Nacht, hat guten Appetit, klagt weniger über Schmerzen in den Händen, so daß in der letzten Woche der Verband nicht mehr als 3—4 mal täglich gewechselt wurde. Objektiv sind die Finger noch bedeutend geschwollen. Die von den traumatischen Blasen herrührenden Ulzerationen verkleinern sich rasch und vernarben. Urin immer noch eiweißhaltig. Eigentliches Fieber war niemals zu konstatieren. Die höchste Temperatur betrug 38,1 und schien mit den Schmerzanfällen am 28. VI. und 30. VI. in Zusammenhang zu stehen. Seitdem sind etwa 7 Jahre verflossen. Der Knabe befindet sich vollständig wohl, hatte keinerlei Anschwellungen mehr an den Händen, keinerlei Rezidiv; auch sonst fühlt er sich vollständig wohl. Die linke Hand, bzw. Finger sind allerdings stark verstümmelt. Vom Zeigefinger existiert nur noch die I. Phalanx und ein Rest der II., von Mittel- und Goldfinger die erste und zweite Phalanx. Die Finger der rechten Hand sind an den Spitzen geschrumpft, etwas verkürzt und die Nägel verkümmert.

Fall II.

Knabe D. Jetzt 7 Jahre alt. Vater hochgradig nervös, zu Hautkrankheiten geneigt. Mutter zeigt körperlich und geistig nichts Abnormes. Die Schwangerschaft verlief, trotz der vielen Aufregungen, verhältnismäßig gut. Geburt erfolgte 3 Wochen zu früh, aber unter normalen Verhältnissen. Das Kind war blaß, mager, atmete schlecht (künstliche Atmung), zeigte indessen körperlich nicht gerade etwas Abnormes. Am Tage nach der Geburt bemerkte man an den Spitzen des Ring- und Kleinfingers der rechten Hand blaue Flecken, die rasch intensiver wurden, wobei die Fingerspitzen anschwollen, sich entzündeten, rötlichblaue Farbe annahmen und sich zu Geschwüren umbildeten, die die Knochen der Fingerspitzen freilegten. Dabei war das Kind äußerst unruhig, jammerte und weinte fast beständig. Nachdem sich die nekrotischen Teile abgestoßen hatten, schlossen sich die Wunden durch Granulationen nach und nach und waren in etwa 8 Wochen geheilt, ließen aber einige Defekte zurück.

Status praesens. Zarter, dem Alter nach eher etwas kleiner, sichtlich nervöser Knabe. Panniculus adiposus reichlich entwickelt. Am Körper ist nichts Abnormes zu konstatieren, außer daß die Fingerspitzen der rechten Hand folgende Diformitäten zeigen: Der Kleinfinger endet am oberen Rand der zweiten Phalanx und der Ringfinger im mitteren Teil der dritten Phalanx mit runzlichen Narben, jedoch ist an letzterem noch eine Spur des Nagels vorhanden.

Der Ausdruck Erythromelalgie entstammt dem Griechischen: ἐρυϑρός rot, μέλος Glied und ἄλγος Schmerz.

Aus Nr. I sehen wir, daß die Erscheinungen allmählich, von leichtem Fieber begleitet, auftraten, daß einzelne Finger beider Hände zuerst rote Flecken zeigten und dann anschwollen. Die Zehen dagegen wurden zwar auch rot, schwollen aber nicht an. Hautfarbe der Finger blaurot, Beißen und Brennen an den erkrankten Partien, durch Wärme vermehrt, durch Kälte vermindert. Auftreten der Schmerzen paroxysmenartig. Innere Organe gesund, Urin etwas Ei-

weiß ($^1/_2$ $^0/_{00}$) enthaltend. Sensibilität an den Händen erhalten (Druck auf die geschwollenen Partien ruft Schmerzäußerung hervor), Patellarreflexe hochgradig gesteigert. Die erkrankten Partien fühlen sich trocken und heiß an. Nägel glänzend, gut erhalten. Haut, im allgemeinen zum Schwitzen geneigt, ist nur in loco morbi heiß und trocken. Schließen der Hände nicht möglich und die Bewegung der Finger stark beeinträchtigt, doch sind leichte Flexions- und Extensionsbewegungen möglich. Finger leicht auseinandergespreizt, krallenförmig gehalten und im Verhältnis zu den Händen kurz. Beinahe beständige Erektion des Penis. Heilung mit Verkümmerung einzelner Finger.

Nr. II ist ein sehr leichter Fall, aber unstreitig ins Gebiet der Erythromelalgie gehörend.

Während bei Fall I eine neuropathische Belastung nicht zu eruieren war, ist sie bei Fall II mit Sicherheit festgestellt. Nach den neuesten Forschungen müssen wir die Erythromelalgie als eine Neurose mit zentralem Ursprung betrachten, welche sich auf sensiblem und vasomotorischem und auf trophischem Innervationsgebiet abspielt.

II. Referate.

J. Comby (Paris), Maladie de Maurice Raynaud chez l'enfant. (Archives de malad. des enf. 1905. Nr. 8.) Die von Maurice Reynaud in seiner Inauguraldissertation, Paris 1862, beschriebene symmetrische Gangrän der Extremitäten wird bei Kindern selten beobachtet. Nichtsdestoweniger kommt dieselbe vor und C. gibt drei einschlägige Krankengeschichten. Im allgemeinen handelt es sich um ältere Kinder und vorzugsweise um Mädchen. Überall kann man eine nervöse Grundlage des Leidens feststellen und man beobachtet oft, daß die für die Krankheit charakteristischen Gefäßkrämpfe infolge von moralischen Erschütterungen oder nervösen Erregungen auftreten. Fast immer tritt die Krankheit während des Winters auf und wird durch die Kälte als erregendes Agens hervorgerufen; mitunter bestehen auch Frostbeulen. Die am meisten ergriffenen Teile sind die Extremitäten und namentlich die von Kleidungsstücken nicht bedeckten Stellen. Auch die Ohrmuscheln werden mit Vorliebe ergriffen. Die Krankheit tritt anfallsweise auf, mit mehr oder weniger langen Zwischenpausen, bewirkt lebhafte Schmerzen in den befallenen Teilen bei aufgehobener Kontaktempfindlichkeit (schmerzhafte Anästhesie).

In leichten Fällen tritt lokales Eingeschlafensein mit folgender lokaler Zyanose auf. In schweren Fällen werden die befallenen Teile schwarz und es stoßen sich oberflächliche abgestorbene Teile ab. In seltenen Fällen sogar ein Finger oder eine Zehe. Die Kranken leiden nur während der kalten Jahreszeit und ist der Gang des Leidens im Verhältnis zur Kälteintensität.

Die Behandlung dieser Krankheit muß eine lokale und eine allgemeine sein; lokal müssen die befallenen Teile durch ent-

sprechende Kleidungsstücke von dem Einflusse der Kälte bewahrt werden, durch Einreibungen und Massage die Zirkulationshemmung bekämpft werden usw. In manchen Fällen geben elektrische Bäder gute Wirkung. Die allgemeine Behandlung soll eine roborierende sein, warme Bäder, Duschen, Abreibungen und der Aufenthalt in einem warmen Klima sind empfehlenswert. Medikamentös ist Digitalis, Chinin und Ergotin angewendet worden. E. Toff (Braila).

Robert N. Willson, The Negative Value of Kernigs Sign. (American Journal of the Medical Sciences. August 1905.) Verf. hat eine Reihe von Patienten mit den verschiedensten Affektionen auf Kernigs Phänomen untersucht, um zu sehen, ob es auch in der Tat für Meningitis pathognomonisch sei.

Als Ergebnis seiner Arbeit behauptet er, daß Kernigs Zeichen auch bei anderweitigen Zuständen vorkommt und somit keine absolut für Meningitis sprechende Geltung haben kann. Doch ist es eine wertvolle Unterstützung für die Diagnose, wenn man es in Verbindung mit den anderen Symptome betrachtet. Leo Jacobi (Neuyork).

T. Zelenski, Über das Kernigsche Symptom. (Przeglad lekarski. 1905. Nr. 44.) Die Lumbalpunktion Quinckes als diagnostisches und differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei Erkrankungen der Hirn- und Rückenmarkshäute kann in der privatärztlichen Tätigkeit nicht überall leicht seine Anwendung finden; dementsprechend untersucht Verf., inwieweit das Kernigsche Symptom als differentialdiagnostisches Hilfsmittel in Betracht kommen kann. Zuerst betont Z., daß die Häufigkeit und Konstanz des obengenannten Phänomens von dem Alter des Patienten abhängt; so hat er bei Säuglingen niemals, bei 2—3jährigen Kindern fast niemals, im späteren Alter aber die Kniekontraktur in sitzender Stellung in sehr vielen Fällen beobachten können. Prozentuell genommen stellt sich das Verhältnis folgendermaßen dar:

Bei tuberkulöser Meningitis wurde bei über 3 Jahre alten Kindern 20mal unter 34 Fällen (59 %) das Kernigsche Symptom beobachtet; bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis 19mal unter 25 Fällen (76 %).

Das längere Persistieren dieses Symptoms beweist, daß der Krankheitsprozeß noch nicht zu Ende ist, wie sich Verf. in zwei Fällen überzeugen konnte.

Das Verschwinden jedoch eines früher bestandenen Phänomens kann als günstiges Prognostikon aufgefaßt werden.

Aber auch einfache Hirnhautirritation ohne entzündliche Veränderungen kann Ursache des Auftretens von Kontrakturen sein; dies beweist ein Fall, woselbst während des Lebens positives Kernigsches Symptom erhoben wurde, die Nekropsie jedoch außer zahlreichen metastischen Abszessen in fast allen Organen, gar keine Veränderungen in den Hirn- und Rückenmarkshäuten ergeben hat.

Dahin ist auch das im Verlaufe von Typhus auftretende Phänomen zu zählen, ebenso bei schweren Pneumonien und in einem Fall von Insolation.

Schon aus dieser Zusammensetzung ist entnehmbar, daß dem Kernigschen Symptom das Stigma eines absolut diagnostischen Kennzeichens von entzündlichen Hirn- und Rückenmarkshautaffektionen wohl nicht zukommt; selbst als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen tuberkulöser und nicht tuberkulöser Zerebrospinalmeningitis hält es nicht stand; wohl aber als Hilfsmittel unter Berücksichtigung aller anderen Symptome. Was es uns aber anzeigt, ist, daß wir im vorliegenden Falle es mit einer Reizung der Hirnhäute zu tun haben, was ja allenfalls in manchen dunklen Fällen insbesondere im Beginne von tuberkulöser Meningitis von einiger Wichtigkeit sein kann.

Über die Ursache des Auftetens des Phänomens gelangt Verf. zur Ansicht, daß, wenn auch zweifellos die erhöhte Erregbarkeit der Nervenwurzel mit in Betracht zu ziehen ist, jedoch auch event. das Übergreifen der Entzündung auf die Rückenmarkshäute oder der erhöhte Druck im Rückenmarkskanal, schließlich die Einwirkung der Toxine nicht ganz außer acht zu lassen sind. Gabel (Lemberg).

Kurt Mendel, Zwei Geschwisterpaare mit Friedrichscher Krankheit. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 41.) Verf. veröffentlicht folgende vier Fälle:

Geschwisterpaar I. a) 21 Jahre altes Mädchen. In der Aszendenz keine ähnliche Erkrankung bekannt. Ein Bruder gesund. Eine jüngere Schwester (s. unter b) leidet an der gleichen Krankheit. Normale Geburt. Schon im Alter von 5 Jahren war Gang auffällig und Zittern an Händen wahrnehmbar. Im Alter von 15 Jahren Schwindel, starkes Schwanken beim Gehen, Unsicherheit der Hände. Allmähliche Zunahme der Beschwerden.

b) 19 Jahre altes Mädchen, Schwester von a. Patientin ist normal geboren, lernte mit $2^1/_2$ Jahren laufen und hat sich dann körperlich und geistig gut entwickelt. Im 14. Lebensjahre bemerkte sie, angeblich nach einem Schreck, ein Zittern in den Händen. Allmählich trat auch Zittern in den Beinen und Unsicherheit beim Gehen, sowie Sprachstörungen auf und es entwickelte sich der gegenwärtige Zustand. Patientin ist seit dem 17. Jahre menstruiert.

Geschwisterpaar II. a) 18 Jahre alter Patient. Mutter und Großmutter mütterlicherseits litten an der gleichen Krankheit, gingen wie betrunken und waren schließlich völlig unfähig zu gehen. Ein älterer Bruder ist — wie die Untersuchung ergab — völlig gesund und dient gegenwärtig als Soldat. Die Schwester des Patienten (Fall II b) leidet an der gleichen Krankheit. Patient selbst wurde normal geboren, lernte mit $2^3/_4$ Jahren laufen und entwickelte sich körperlich und geistig bis zu seinem 14. Lebensjahre völlig unauffällig. Am Tage der Einsegnung bemerkte der Vater zum ersten Male, daß sich bei dem Sohne beim Niederknien ein Schwanken des Körpers zeigte. Vom 14. Jahre ab wurden dann die Beine allmählich unsicherer, darauf auch die Arme und seit dem 16. Lebensjahre wurde die Sprache undeutlich. Zurzeit stolpert Patient oft, besonders beim Treppensteigen; er geht wie ein Betrunkener, kann die Hände nur sehr ungeschickt und unsicher gebrauchen, schreibt schlecht usw. Die Intelligenz ist gut geblieben, Blasenstörungen bestehen nicht.

b) Schwester des Patienten IIa, 14 Jahre altes Mädchen. Großmutter, Mutter und Bruder leiden an gleicher Krankheit. Das Leiden befindet sich bei dieser Patientin erst im Anfangsstadium. Patientin ist noch nicht menstruiert. Bis vor $^1/_2$ Jahr völlig gesund, ohne irgendwelche körperliche und geistige Auffälligkeiten. Seit Januar 1905 merkte der Vater, daß der Tochter beim Gehen der Kopf leicht zittre. Im Februar trat dann eine Unsicherheit beider Hände und etwas schwankender Gang hinzu. Intelligenz blieb unverändert, Urinbeschwerden bestehen nicht. Bezüglich der Status bieten alle drei Patienten fast völlig den gleichen Befund (im Fall IIb am wenigsten ausgesprochen). Bei beiden Geschwisterpaaren fehlen Störungen an den Pupillen, am Augengrund, Sensibilitäts- und Blasenstörungen (nur in Fall Ib des öfteren beim Lachen unwillkürlicher Urinabgang). Patellar- und Achillessehnenreflexe sind bei allen vier Patienten nicht auslösbar. Der Babinskische Reflex ist bei dreien positiv (ein Zeichen von Miterkrankung der Pyramidenbahnen!), in Fall IIa hingegen tritt bei Reizung der Fußsohle deutliche Plantarflexion der großen Zehe ein, was bei dem Vorgeschrittensein des Leidens auffällig ist. Nystagmus ist in Fall Ib und IIb angedeutet, im Fall IIa besteht beiderseits leichte Abduzensparese, kein Nystagmus. Romberg ist bei allen vier deutlich vorhanden. Die Ataxie in den oberen und unteren Gliedmaßen ist deutlich, aber noch gering in Fall IIb, sehr ausgeprägt in den anderen Fällen, ebenso ist die Sprache kaum gestört in Fall IIb, bei den übrigen ist sie bereits sehr undeutlich.

Auffallend ist die somatische Ähnlichkeit zwischen den beiden Geschwistern. Beide haben leichten Exophthalmus, asymmetrisches Gesicht, das rechte Ohr ist bei beiden größer als das linke und völlig gleich geformt, steiler Gaumen. Die Vererbbarkeit des Leidens zeigt sich mit grausamer Deutlichkeit bei dem Geschwisterpaar IIa und IIb: Großmutter, Mutter, Tochter und Sohn sind von dem gleichen Leiden in gleicher Weise heimgesucht.

Kurt Mendel (Berlin).

Karl Wendenburg, Zwei seltene Fälle familiärer Dystrophie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XVIII. Heft. 1.) Verf. berichtet über zwei Brüder von 15 und 11 Jahren mit Muskeldystrophie. Verlauf, Sitz der Atrophien und Fehlen von fibrillären Zuckungen unterscheidet die beschriebenen Fälle von der familiären spinalen Form, während sie der Beginn mit Hypertrophie im Kindesalter und das Auftreten derselben im weiteren Verlaufe der pseudohypertrophischen Form der Dystrophien zuweist.

Auffallend ist in den Fällen die starke Beteiligung der Kaumuskulatur bei völliger Intaktheit sämtlicher übrigen Gesichtsmuskeln und das Persistieren durch viele (5—6 bzw. 3—4) Jahre hindurch.

In dem einen Fall scheint den vorangegangenen Masern ein gewisser Wert als auslösendes Moment der Dystrophie zuzukommen.

Bei beiden Brüdern fehlten Knie-, Biceps- und Radius-Periostreflexe.

Die reflektorische Erregbarkeit der affizierten Muskeln scheint etwas früher aufzuhören als ihre willkürliche, und zwar ungefähr dann, wenn die Atrophie anfängt, die Hypertrophie abzulösen.

Kurt Mendel (Berlin).

Ibrahim u. O. Hermann, Über Bauchmuskellähmung bei Poliomyelitis anterior acuta im Kindesalter. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. XXIX. Heft 1—2.) Verff. berichten über vier Fälle von Poliomyelitis anterior acuta, welche einen eigenartigen abdominalen Symptomenkomplex, der auf eine Beteiligung der Bauchmuskulatur am Krankheitsprozeß hinweist, darbieten. Im wesentlichen sind die queren Bauchmuskeln und zwar in den einzelnen Fällen in verschieden ausgedehnten Bezirken befallen. Waren auch in zwei Fällen beide Bauchseiten betroffen, so ist doch stets eine Seite weit stärker beteiligt, so daß sich vorwiegend das Bild einer halbseitigen Affektion ergibt. Bei zwei Patienten war 6 Jahre nach Beginn der Erkrankung eine wesentliche Besserung der abdominalen Störung zu erkennen, in einem Fall nach 4 Jahren kein wesentlicher Unterschied gegenüber dem ursprünglichen Zustand.

Als Grundlage des abdominalen Symptomenkomplexes fassen Verff. eine Lokalisation des poliomyelitischen Prozesses im oberen Lendenmark bzw. im unteren Brustmark auf.

Außer der Bauch- ist auch stets die Rückenmuskulatur beteiligt.

Verwechslung der Bauchmuskellähmung mit echten Hernien ist wohl möglich, doch sitzen letztere mehr lateral und sind kleiner als die auf Lähmung beruhende Vorwölbung; dazu kommt, daß bei den Lähmungen (den sog. „Pseudohernien") oft kein Bruchring getastet werden kann.

Wahrscheinlich kommt die Lähmung der Bauchmuskulatur bei Poliomyelitis häufiger vor als bisher angenommen wird.

Sie zeigt eine bemerkenswerte Tendenz zur spontanen Besserung, disponiert aber zur Senkung von Eingeweiden.

Die Therapie besteht in Bandagen, Massage und Elektrotherapie.

Zum Schlusse berichten Verff. über ein Kind mit Spina bifida und Meningomyelocele, welches gleichfalls das Bild der Bauchmuskellähmung darbot; die Recti waren von der Lähmung verschont geblieben.

Kurt Mendel (Berlin).

M. Geirsvold (Norweger), Epidemische Poliomyelitis. Bakteriologische Untersuchungen. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1905. Nr. 12.) 1905 wurden in Norwegen bis Oktober 504 Fälle mit 67 Todesfällen angezeigt. Die Krankheit trat en- und epidemisch auf mit sowohl ausgesprochenen als abortiven Fällen, die letzteren zeigten sich als akute Allgemeininfektion mit Herpes ohne spezielle Lokalisation. In der Spinalflüssigkeit von 12 Fällen gelang es dem Verfasser, eine bestimmte Bakterie zu finden; die Bakterien ließen sich bis zu 14 Tagen nach dem Anfang der Krankheit nachweisen. Durch Injektion dieser auf weiße Mäuse, Kaninchen und Tauben traten Lähmungen auf; der Mikrob ließ sich vom Herzblut der Versuchstiere reinzüchten und scheint während dieser Passage an Virulenz zuzunehmen. Die Bakterien sind Diplo- oder Tetrakokken, bohnenförmige, mit der flachen Seite gegeneinander, dazwischen ein heller Streifen. Der Mikrob wächst gut in den gewöhnlichen Nährböden und ist in den Kulturen widerstandsfähig. Die Krankheit ist kontagiös, die Eingangspforte ist wahrscheinlicherweise

der Rachen. Inkubationszeit 3—5 Tage. Prophylaktisch sollen Irrigationen des Mundes, Gurgeln des Rachens, Einblasungen in die Nase und in den Rachen hinein versucht werden. Die Krankheit tritt während der Endemien nicht unter den Haustieren auf. (Die Abhandlung ist eine vorläufige Mitteilung, mit Interesse muß man die Bestätigung der Befunde erwarten.) Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Bittorf, Ein Beitrag zur Lehre von der Entstehung von Höhlen im Rückenmark und über symptomlose Hydromyelie. (Virchows Archiv. Bd. 182. Heft 3.) Ein 12 jähriger, bisher ganz gesunder Knabe, erkrankte 8 Wochen vor seinem Tode an schwerem Diabetes mellitus. Bei der Sektion fand sich nichts bestimmtes ätiologisch in Betracht Kommendes. Im Pankreas leichte exsudative und produktive Veränderungen. Dagegen bestand vom unteren Halsmark bis in das obere Lendenmark eine abwechselnd hochgradige Erweiterung des Zentralkanals, sowie im obersten Brustmark eine vom Zentralkanal ganz unabhängige Höhle und in deren Umgebung eine schwere Mißbildung des Rückenmarkes. Klinisch waren keinerlei durch die Mißbildung und die Höhlenbildung bedingte Symptome beobachtet. B. betrachtet auch die Höhle als angeboren. Ob ein Zusammenhang zwischen den Rückenmarksveränderungen und dem Diabetes besteht, kann nicht angegeben werden. B. zitiert aber einen ähnlichen Fall von Hoffmann. Bennecke (Marburg).

Iluento, Über die experimentellen Myelitiden. (Zentralblatt für allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. Bd. 16. Nr. 12.) Durch Infektion von 150 ccm neutralisierter Fleischbrühe in eine Ohrvene erzielte I. bei einem von vielen Kaninchen eine vollkommene Lähmung der hinteren Extremitäten, die einen Monat anhielt. Bei der jetzt vorgenommenen Sektion fand sich eine starke Atrophie der Muskeln der hinteren Extremitäten. Mikroskopisch ließen sich vor allem degenerative Veränderungen an den Zellen der Vorderhörner, die auch der Zahl nach deutlich vermindert waren, nachweisen. Auch die Ischadici und Muskeln ließen Degenerationszeichen erkennen. I. bezeichnet den Prozeß als Paraplegia acuta primitiva und nimmt, wie für den Menschen, als Entstehungsursache einen „individuellen Locus minoris resistentiae im Lendenmark" an. Bennecke (Marburg).

Schmaus (München), Beitrag zur Kasuistik der akuten hämorrhagischen Myelitis, Myelitis bulbi und Landryschen Paralyse. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler. Bd. 37. Heft 2.) Ein bisher gesunder, erblich nicht belasteter, 19jähriger Soldat erkrankte im Anschluß an eine leichte Angina an schwerster, auf Lähmung der Atemmuskulatur beruhender Atemnot. Erst danach trat Lähmung der Arme und Beine hinzu. Die Erkrankung wird trotzdem als Landrysche Paralyse aufgefaßt.

Die mikroskopische Untersuchung des von zahlreichen kleinen Blutungen durchsetzten Rückenmarks ergab eine starke leukozytäre Infiltration der genannten Teile, einen ausgedehnten Untergang von Ganglienzellen und beginnende Degeneration von Nervenfasern, sowie „Tigrolyse der Nervenzellen in den unteren Bulbärkernen bis ins

Bereich der Pons hinauf". In den Infiltraten fanden sich gelappt-kernige Leukozyten, Lymphozyten, Polyblasten Maximows, Clasmozyten (?), Fibroblasten Maximows, sowie Lymphozyten ähnliche Zellen mit ovalem Kern, die Andeutung von Kernteilungsfiguren aufwiesen und deren Zellkörper in Fasern auslief. Es konnte der Nachweis erbracht werden, daß die diffuse Infiltration des Zentralnervensystems genau so aufzufassen ist und zustande kommt wie die an anderen Körperstellen, und daß sie nicht durch Wucherung der Gliazellen entsteht.

Bennecke (Marburg).

J. Comby (Paris), Amyotrophie spinale diffuse des nouveau-nés. (Archives de méd. des enf. Sept. 1905.) Die Geburt des betreffenden Kindes war normal gewesen, auch die spätere Entwicklung war eine gute, mit Ausnahme des Umstandes, daß das Kind weder Arme noch Beine bewegte. Der Kopf konnte nicht gerade gehalten werden, sondern fiel beim Aufrichten des Körpers nach hinten. Die Kniereflexe waren nicht auszulösen, auch die elektrofaradische Reaktion fehlte vollständig. Sensibilität, Nahrungsaufnahme und Verdauung waren normal. Elektrische Bäder, Massage und reizende Einreibungen besserten einigermaßen den Zustand, doch erlag das Kind im Alter von $5^1/_2$ Monaten einem Anfalle von Influenza.

In einem zweiten Falle handelte es sich um ein 5 Monate altes Kind, welches normal zur Welt kam, aber im Alter von 2 Monaten eine allgemeine Lähmung darbot, so daß gar keine willkürlichen Bewegungen mit den Gliedern ausgeführt werden konnten, die Nahrungsaufnahme und Verdauung war aber auch in diesem Falle eine gute. Im Alter von 6 Monaten erlag auch dieses Kind einem Anfalle von Suffokation.

In beiden Fällen handelte es sich um spinale diffuse Amyotrophie, eine seltene und ernste Krankheit, da die Prognose eine schlechte ist und therapeutisch fast nichts erreicht werden kann.

E. Toff (Braila).

C. F. Judson u. **C. D. Camp**, A case of Cerebellar Tumor in a Boy Seven Years old. (Archives of Ped. Jan. 1906.) Der Junge litt an Scarlatina im August 1903. Im Oktober desselben Jahres stellten sich Symptome von Gehirndruck ein: Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Ataxie und Sehstörungen. Im September 1904 merkte man, daß er nur mit den Füßen weit auseinander getrennt stehen konnte und beim Gehen sich nach rechts oder links wandte. Allmählich traten Herdsymptome ein, sowie Parese und Tremor in den unteren Extremitäten — mehr auf der rechten Seite —, ebenso Parese der oberen rechten Extremität mit Intentionstremor der Hand. Langsam verschlimmerten sich auch die Augensymptome bis zur völligen Opticusatrophie. Es bestanden auch starke Hebetudo, Incontinentia alvi et urinae, Sopor, aber keine epileptischen Anfälle. Das Kind starb am 20. Mai 1905.

Bei der Sektion fanden die Verff. eine Neubildung im Cerebellum, welche nach Härtung $^5/_8$ Zoll lang und $2^1/_2$ Zoll breit war.

Histologische Untersuchung erwies, daß das Neoplasma ein Gliom war, das wahrscheinlich vom Boden des vierten Ventrikels entstand;

allmählich füllte es diese Höhlung und übte auch Druck auf die Pyramidalgegend aus, auf der rechten Seite mehr als auf der linken.

H. B. Sheffield.

L. Babonneix, Les idées de grandeur dans la paralysie du jeune âge. (Revue mens. des malad. ds l'enfance. Mars 1906.) Die allgemeine Paralyse wurde lange Zeit als eine Krankheit des höheren oder des mittleren Lebensalters angesehen, neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß auch Kinder nicht selten an derselben leiden. Im großen und ganzen unterscheidet sich die Paralyse des jugendlichen Alters durch nichts von derjenigen der Erwachsenen. Man findet gleiche spezifische und neuropathische Heredität, gleiche Läsionen und Symptome, gleiche Evolution. Nur in den Details findet man gewisse Unterschiede. Was die anatomischen Läsionen anbetrifft, so werden von Moussous, als der kindlichen Periencephalitis charakteristisch, angeführt: 1. Häufige Teilnahme der Dura mater am entzündlichen Prozesse und Verwachsungen derselben mit dem Schädeldache; 2. Verwachsungen der beiden Hirnhälften untereinander; 3. Eine leichte Dilatation der Hirnventrikel mit Vermehrung der cephalo-rachidianen Flüssigkeit; 4. Eine ausgesprochene Neigung zur Atrophie der betroffenen Hirnwindungen. Die allgemeine Paralyse des jugendlichen Alters befällt hauptsächlich Imbezille und Idioten.

Die Krankheit verläuft viel langsamer als beim Erwachsenen, auch zeigt sie nur selten Remissionen. Die Periencephalitis des jugendlichen Alters bewirkt ein Zurückbleiben in der physischen Entwicklung und in Verbindung damit auch ein solches in sexueller Beziehung. Megalomanische Ideen kommen in der Kindheit nicht so selten vor als man gemeinhin annimmt, da man dieselben in 12 bis 14 % der Fälle vorfindet, nur mit dem Unterschiede, daß sie, dem Alter entsprechend, oft bescheidenen Umfang haben, sogenannte kleine Größenwahnideen.

E. Toff (Braila).

E. Thoma, Leicht abnorme Kinder. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62. Heft 4.) Neben den geistesschwachen, den epileptischen und gemütsentarteten Kindern fallen unter den Begriff der leicht abnormen, auch die Kinder mit Störungen, die den Neurosen Erwachsener nahestehen bzw. mit diesen identisch sind. Es sind Störungen, die sich unter den Hauptgruppen der kindlichen Neurasthenie, Hysterie und Chorea minor zusammenfassen lassen. Was zunächst die Neurasthenie betrifft, so steht hier das von Emminghaus als Neurasthenia cerebralis der Kinder bezeichnete abgeschlossene Krankheitsbild an der Spitze. Meist hat man es jedoch nicht mit einem solchen zu tun, sondern mit einzelnen Erscheinungen, die in das Gebiet der Neurasthenie gehören. Dies sind zunächst die Zwangsvorstellungen und Phobien, die schon bei Erwachsenen, mehr aber noch bei Kindern auf neuropathische Veranlagung hindeuten. Manche Phobien (Furcht vor Spinnen, Mäusen, Ekel vor gewisser Nahrung) stehen den Idiosynkrasien nahe und unterscheiden sich vom Normalen nur durch die Dauer und Intensität der Reaktion. Ihren Ausgangspunkt können sie von einem einmaligen, starken, psychischen Eindruck nehmen. Dagegen sind die echten Zwangsvorstellungen wie beim Erwachsenen

häufig. Auch die krankhafte Skrupulosität gehört hierher. Mit den Zwangsvorstellungen verwandt sind die Tics, die sich bis zur Maladie des Tics convulsifs steigern können, deren erstes Symptom aber lediglich in Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit bestehen kann. Ebenso wie die Tics deuten eine Reihe von vorwiegend vasomotorischen Erscheinungen auf das Vorhandensein der neuropathischen Anlage und sind deshalb als Warnungssignal wichtig (Erröten, Erblassen, partielle Gefäßparesen, Nesselausschläge, nervöses Herzklopfen und Erbrechen usw.). Die Therapie ist in allen diesen Fällen vom Verf. nur kurz angedeutet, und wird neben einer allgemeinen hygienisch-diätetischen, stets eine ärztliche pädagogische Behandlung empfohlen. An die Tics schließen sich gewisse mehr im psychischen Gebiet liegende Erscheinungen an: die pathologische Träumerei, in der die Pseudologia phantastica ihren Ursprung haben kann. Ferner gehört hierher das triebartige Davonlaufen, der Wandertrieb, die Poriomanie, die den Wanderungen Epileptischer und Hysterischer ähnlich ist, gerade bei Kindern, aber auch auf Grund einfacher Psychasthenie vorkommen kann und sich zuweilen an eine Mißstimmung, eine Dysphorie anschließt. Verf. wendet sich dann zur Hysterie, die bei Kindern wohl stets auf erblicher Anlage beruht und angeboren ist. Die sichersten Erscheinungen sind Krämpfe, die früher häufig irrtümlich der Dentition zugeschrieben wurden, ferner Lähmungen und Kontrakturen, Zornparoxysmen, Ohnmachten, Strabismus usw. Bei zunehmendem Alter werden die Erscheinungen immer mehr denen bei Erwachsenen ähnlich, vor allem auch die Ausbildung des hysterischen Charakters. Wichtig sind auch hier die ersten, oft hervorragenden Erscheinungen, die Hysterie in statu nascendi, die sich bei den Kindern zuweilen nach einem Schrecken oder im Rekonvaleszenzstadium von akuten Krankheiten zeigen und um so leichter ihren hysterischen Charakter verbergen, als die Hysterie hier häufig monosymptomatisch auftritt. Auch bei Chorea minor, die ebenfalls meist auf nervösem Boden erwächst, wird die ausgebildete Erkrankung wegen ihrer typischen Muskelunruhe bzw. Bewegungen auch von Eltern und Lehrern kaum übersehen. Dagegen sind im Beginne die Erscheinungen oft wenig ausgeprägt und werden daher oft verkannt, zumal auch stets der Charakter der Kinder verändert ist. Bei allen Ausführungen betont Verf. die Wichtigkeit des Beachtens der Initialsymptome als Warnungssignale, aus welchen auf das Vorhandensein einer psychopathischen und psychasthenischen Konstitution geschlossen werden kann. Der zweite Teil der Arbeit behandelt die allgemeinen Prinzipien, die bei Bekämpfung dieser Äußerungen einer abnormen Anlage im Kindesalter in Betracht kommen. Da eine Besserung gewisser ätiologisch wichtiger Faktoren, z. B. die Vermeidung von Ehen konstitutionell kranker Personen vorläufig nicht zu erwarten sein dürfte, so ist ein möglichst frühzeitiges Erkennen der kranken Anlage nötig, da, wenn überhaupt, im Beginne noch bessernd auf diese eingewirkt werden kann. Zur Feststellung der abnormen Kinder wird dann eine möglichst ausgiebige, auch auf das Land ausgedehnte Kontrolle durch psychiatrisch und psychologisch vorgebildete Schulärzte empfohlen. Die Behandlung selbst richtet sich gegen die kranke Konstitution und

soll heilend und erziehend zugleich wirken. Sie muß daher eine ärztlich pädagogische sein. Neben sorgfältiger Körperpflege, wobei Ruhe, Diät, Gymnastik, Bewegungsspiele, Hydrotherapie eine Rolle spielen, ist vor allem die Erziehungsmethode wichtig. Man nimmt jetzt allgemein an, daß der übliche Fachunterricht sich für viele geistig abnorme Kinder nicht eignet, vielmehr für solche eine von individual-psychologischen Prinzipien ausgehende Erziehungsmethode anzuwenden ist. Sowohl die ärztliche Behandlung von kranken Kindern der obenerwähnten Kategorien, als auch die genannte Erziehungsmethode, wird sich in vielen Fällen nur in einer entsprechend geleiteten Anstalt durchführen lassen. Verf. empfiehlt daher in einem Schlußsatz:

1. Ausgiebige Anstellung psychiatrisch und psychologisch vorgebildeter Schulärzte.
2. Schaffung von Anstalten nach obigem Prinzip.

Kurt Mendel (Berlin).

R. Hecker, Über Verbreitung und Wirkung des Alkoholgenusses bei Volks- und Mittelschülern. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.) H. stellte in München an vier großen Volksschulen mit 4652 Kindern und einer Mittelschule mit 428 Schülern Erhebungen an. Es fanden sich da 13,7 % Abstinente, 55,3 % regelmäßig Alkohol Genießende, 4,5 % richtige Trinker und 6,4 % Schnapstrinker. Es ergab sich nun für alle vier Schulen, daß Hand in Hand mit Zunahme des Alkoholgenusses ging die Verschlechterung der Fortgangsnote, der Note für Fleiß und Verschlechterung des Auffassungsvermögens, endlich daß der Alkoholgenuß auch ein Zurückbleiben des Längenwachstums des Körpers zur Folge hat. Grätzer.

Sommer (Gießen), Ein Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Unterricht der angeboren Schwachsinnigen für Ärzte und Pädagogen. (Psych.-neurol. Wochenschrift. 1905. Nr. 20.) Eine eindringliche Beschäftigung mit medizinischer Psychologie und genaues Studium der psychophysischen Organisation der angeboren Schwachsinnigen ist erforderlich. S. schlägt daher vor, im Anschluß an den II. Kongreß für experimentelle Psychologie (10.—13. April 1906), sowie an den ungefähr zu gleicher Zeit stattfindenden Kongreß für Kinderkunde, Kindererziehung und Jugendfürsorge in Frankfurt a. M., also in der zweiten Hälfte des April 1906, einen Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Unterricht der Imbezillen abzuhalten, zumal die erwähnten Kongresse vornehmlich von psychologisch interessierten Ärzten und Pädagogen besucht sein werden. Vortrage über Idiotie, Idiotenanstalten, Familienpflege, Hilfsschulen, Zwangserziehung, jugendliches Verbrechertum u. a. sowie experimental-psychologische Übungen und Anstaltsbesichtigungen sollen die Tagesordnung bilden. Verf. bittet um event. Anmeldung zu solchen Kursen. Kurt Mendel (Berlin).

Ignác Fischer, Unterbringung der Imbezillen in Spezialanstalten. (Klinikai füzetek. 1905. Nr. 1.) Autor unterscheidet aktive (aggressive) und passive (ungefährliche) Imbezille. Er plaidiert

für Einrichtung von Spezialanstalten für diese, im Interesse der Individuen und der Institute, in die sie bis jetzt untergebracht waren.

Ernst Deutsch (Budapest).

Treitel, Über die Beziehungen von Imbezillität und Taubstummheit. (Arch. f. Psych. Bd. 39. Heft 2.) Unter 43 vom Verf. untersuchten Taubstummen waren sieben selbst imbezill und fünf hatten imbezille Geschwister, drei stammten von geistig gestörten Müttern ab.

Als Ursache des häufigen Zusammenvorkommens von Taubstummheit und Imbezillität findet man zumeist hereditäre Anlagen, sei es, daß in der Aszendenz ähnliche Erkrankungen vorkamen, sei es, daß die Vorfahren an degenerierenden Krankheiten gelitten haben. Unter letztere spielt die Syphilis und der Alkohol eine große Rolle sowohl für die Taubstummheit wie für die Idiotie.

In gebirgigen Gegenden ist mit dem Idiotismus der Kretins sehr häufig Taubstummheit verbunden.

Verf. bespricht dann des näheren den Einfluß der Konsanguinität der Erzeuger auf Imbezillität und Taubstummheit. Er nahm zu diesem Zwecke Veranlassung, eine Statistik anzustellen, wie die Anzahl der Verwandten-Ehen unter Juden in Berlin zu den Verwandten-Ehen der anderen Konfessionen sich verhalten. Von 19946 Ehen im Jahre 1899 waren 15421 evangelisch und 621 jüdisch. Im ganzen fanden sich bei den evangelischen 90 Verwandten-Ehen und bei den jüdischen acht. Im Jahre 1900 kamen auf 20756 Ehen in Berlin 15990 evangelische und 594 jüdische Ehen, darunter unter Verwandten ersterer 98 und letzterer 12. Der Durchschnittssatz der Verwandten-Ehen im Verhältnis zum Tausend aller Ehen betrug für die evangelischen 6,1 und für die jüdischen 19,6, also über 3mal so viel. Bei den Juden gibt es aber auch zweifellos mehr Taubstumme und Imbezille und Idioten als bei den anderen Konfessionen.

Im Interesse der Hygiene läge es, wenn Verwandten-Ehen bis zu einem gewissen Grade verboten würden. Ehen zwischen Geschwisterkindern, zwischen Onkel und Nichte, Tante und Neffen dürften gesetzlich nicht erlaubt sein.

Kurt Mendel (Berlin).

J. van der Kolk u. Jansens, Außergewöhnliche Hypermnesie für Kalenderdaten bei einem niedrigstehenden Imbezillen. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 62. Heft 3.) Verff. berichten über einen Fall einseitiger Begabung bei einem niedrigstehenden Imbezillen. Letzterer zeichnet sich aus durch den Kontrast zwischen der hohen Entwicklung des Gedächtnisses für einige nichtssagende Dinge und dem tiefen Niveau, auf dem das übrige seiner Persönlichkeit steht. Der nunmehr 35 jährige Patient ist seit dem dritten Lebensjahre deutlich geistig minderwertig, er war durch seine Plagsucht im Hause der Eltern so lästig, daß er in seinem siebenten Lebensjahre einer Irrenanstalt überwiesen wurde. Als er ca. 14 Jahre alt war, fiel dem Vater das besondere Interesse des Sohnes für Geburtstage und Kalenderdaten auf. Während er z. B. $2 + 2$ mit 5, $2 + 3$ mit 3, $8 - 4$ mit 3 ausrechnete und völlig urteilslos war, wußte er von jedem Datum der Jahre 1903, 1904, 1905 den dazu gehörenden

Wochentag, er gibt die Geburtstage und Lebensalter der fürstlichen Personen, soweit sie im Kalender stehen, richtig an, weiß Namen, Geburtstage, Alter fast aller Mitkranken, sowie des ganzen Pflegepersonals usw. Er sammelt leidenschaftlich Schilder von Abreißkalendern und gibt beim Vorzeigen derselben sofort an, von welchem Jahre sie sind und von wem er sie erhalten hat.

Alles vom Patienten Geleistete ist einfache Gedächtnisarbeit.

Die große Intensität des partiellen Gedächtnisses bei dem im übrigen zerstreuten und vergeßlichen Imbezillen hat nach Verff. ihren Grund in dem hypertrophischen Interesse des Patienten für die erwähnten Daten und mit in dem Umstande, daß seine Erinnerungsbilder sozusagen das ganze Gebiet des Gehirns für sich allein haben; bei Rechenkünstlern nimmt — wie Beobachtungen ergaben — die spezielle Fähigkeit des Rechnens sichtlich ab, sobald Erinnerungsbilder anderer Art aufgenommen wurden.

Für den Patienten gibt es außer den Kalenderdaten nichts auf dieser Welt, er denkt an nichts anderes als an Kalender- und Jahrestage und stärkt somit dauernd sein Gedächtnis für diese Dinge. Er gebraucht für seine Erinnerungsbilder sowohl Gehörs- wie auch Gesichtseindrücke.

Kurt Mendel (Berlin).

Karl Schaffer, Zur Pathogenese der Tay-Sachsschen amaurotischen Idiotie. (Neurol. Zentralblatt. 1905. Nr. 9 u. 10.)

Bezüglich der Pathogenese der Tay-Sachsschen amaurotischen Idiotie hat sich Verf. auf Grund von sieben Eigenbeobachtungen dieser Krankheit folgende Auffassung gebildet: Der Umstand, daß die Sachsschen Gehirne keine grobanatomische Abweichung zeigen, ferner die klinische Tatsache, daß die manifeste Erkrankung nach einem mehr oder minder langem Spatium von relativer Gesundheit auftritt, deutet daraufhin, daß die Sachssche Erkrankung ein ab ovo nicht krankes Zentralnervensystem befällt. Doch der Umstand, daß nach einer gewissen Zeit ein progressiver Verblödungsprozeß eintritt und verläuft, dessen Teilerscheinung die Opticusatrophie ist, zusammengefaßt mit der generellen primären Nervenzelldegeneration, welche als solche das pathologisch-histologische Substrat für die Idiotie abgibt, läßt logischerweise die Annahme machen, daß in den Fällen von Sachsscher Idiotie das gesamte Zentralnervensystem (selbstverständlich in seinen nervenzelligen Elementen) derart abnorm und extrem schwach veranlagt ist, daß es die mit der Funktion einhergehenden physiologischen Abnutzungen nicht zu ersetzen vermag, die ungemein schwach veranlagten Nervenzellen erschöpfen sehr bald und unterliegen einem progressiven Entartungsprozesse, welcher zum Untergang der Ganglienzellen mit darauffolgende Gliahyperplasie führt.

Der springende Punkt ist nach Verf. die primäre Nervenzellenerkrankung, welche als solche schon den Gedanken einer Zellabnutzung rechtfertigt. Dadurch, daß die Abnutzung auf sämtliche Nervenzellen sich erstreckt, wird die Verblödung leicht begreiflich. Die Erkrankung der Pyramidenbahn ist gleichfalls aus der generellen Rindendegeneration erklärlich, welche infolge ihrer wahllosen Ausbreitung auch die Zentralwindungen betrifft. Die Erblindung im Verlauf der Sachs-

schen Krankheit ist gleichfalls auf einen kortikalen Ursprung zurückzuführen und dieselbe als eine Seelenblindheit aufzufassen.

Alles zusammengefaßt, ist die Sachssche amaurotische familiäre Idiotie in jene Gruppe von Edingers Aufbrauchkrankheiten zu reihen, welche durch die subnormale Veranlagung — wodurch auf die Dauer die normale Funktion unerträglich wird — entstehen. Nur ist die Sachssche Krankheit keine Mischform der Aufbrauchkrankheiten — „direkter Defekt und allmählicher Aufbrauch eines zu schwach angelegten Apparates“ (Edinger) — da nach den bisherigen Erfahrungen der direkte Defekt gar keine oder infolge seiner Seltenheit und Belanglosigkeit eine ganz untergeordnete Rolle spielt. Sicherlich repräsentiert aber die Sachssche Krankheit ein klassisches Beispiel der Edingerschen Aufbrauchkrankheiten. Kurt Mendel (Berlin).

H. Göllner (Hermannstadt), Über einen Fall von Kretinismus. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) G. schildert die sehr günstigen Erfolge, die er mit Schilddrüsenbehandlung bei einem 11jährigen Kinde erzielt hat. Das Kind bekam die Jodothyrintabletten à 0,3 g (Bayer & Co., Elberfeld), täglich $^1/_2$ Tablette nach dem Mittagessen (daneben Zimmergymnastik, viel Bewegung in frischer Luft, Salzbäder). Schon nach wenigen Wochen überraschender Erfolg. Steigerung der Dosis auf täglich 1 Tablette, nach $1^1/_2$ Jahren auf 2 Stück. In den 3 Jahren der Behandlung wuchs Patient um $27^1/_2$ cm, der kretinöse Typus schwand, die Bewegungen wurden leicht und gefällig, Patient wurde physisch außerordentlich leistungsfähig und die geistige Entwicklung machte rapide Fortschritte usw.

Grätzer.

Bayon, Hypophysis, Epiphysis und peripherische Nerven bei einem Fall von Kretinismus. (Neurol. Zentralblatt. 1905. Nr. 4.) Verf. konstatierte in der Hypophysis, in der Epiphysis und im peripherischen Nervensystem eines 25jährigen Kretins folgende Abweichungen von der Norm:

a) Hypophysis: Vermehrung der Zahl der chromophilen Zellen, Vermehrung des Kolloids; einzelne Zysten haben einen Durchmesser von über 500 μ, ihre Wand ist durch eine einfache Lage von flachgedrückten Zellen gebildet, die bindegewebigen Septa sind dicker als sonst. Die Bindegewebsbalken sind gänzlich frei von Drüsenelementen und scheinen teilweise verdichtet zu sein. Es fehlen die hochgradigen, zweifellosen, atrophischen Veränderungen, welche Ponfick in seiner Myxödemhypophyse beschrieben hat.

b) Epiphysis: Dieselbe war relativ frei von Sand, enthielt nur einzelne ganz kleine Körner, die stark basophil waren. Die Septa zwischen den einzelnen Follikeln waren relativ sehr spärlich, sämtliche Zellen färbten sich leicht und deutlich. Das Bild erinnerte an puerile Verhältnisse.

c) Die Veränderungen am peripherischen Nervensystem sind nicht streng typisch und können mit dem psychischen Zustand kaum in Zusammenhang gebracht werden. Kurt Mendel (Berlin).

E. Fromm, Sektionsbefund bei einem Fall von Mongolismus. (Aus der k. Universitätskinderklinik München.) (Monats-

schrift f. Kinderheilkunde. August 1905.) Als einziger bemerkenswerter Befund ergab sich deutliche Hypoplasie der Schilddrüse.

Grätzer.

M. Chartier, Mongolisme avec malformation cardiaque rare. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 2.) Der 11monatliche Knabe bot in seiner Kopfbildung das Bild des typischen Mongolismus und einen vollkommenen Mangel intellektueller Entwicklung dar. Der Tod erfolgte infolge von Gastroenteritis und Bronchopneumonie und wurde bei der Sektion folgender Herzbefund verzeichnet. Es bestand nur ein Vorhof oberhalb des linken Ventrikels und ein Herzohr an der linken Seite des arteriellen Bündels. An der rechten oberen Seite des Vorhofes ergoß sich eine Hohlvene und an der linken unteren Seite mündeten drei Lungenvenen in denselben. Das erwähnte Atrium stand mit beiden Ventrikeln in Verbindung, ebenso auch die beiden Ventrikel untereinander. Die Pulmonalarterie war auffallend schmal und hatte dicke, das Lumen noch verkleinernde Klappen; die Aorta nahm ihren Ursprung aus beiden Herzkammern und empfing wahrscheinlich auch die Hauptmenge des gesamten Blutstromes. C. gibt an, in der medizinischen Literatur nur einen einzigen identischen Fall gefunden zu haben, den Méry in den Mémoires de l'Academie des sciences de Paris, 1700, beschreibt. E. Toff (Braila).

B. Konrad, Ein Fall von Jackson-Epilepsie. (Gyógyászat. 1905. Nr. 30.) Bei einem 11 Jahre alten Kinde zeigten sich Assymmetrie des Gesichtes, Krämpfe und Herdsymptome, die auf eine Erkrankung des untersten Teiles des Gyrus centralis schließen ließen; Augenspiegelbefund negativ. Sowohl bei der Operation, wie bei der nach Jahren vorgenommenen Obduktion war der Befund absolut negativ. Dies soll zur Vorsicht in der Diagnosenstellung mahnen.

Ernst Deutsch (Budapest).

J. Finckh, Beiträge zur Lehre von der Epilepsie. (Arch. f. Psych. u. Neur. Bd. 39. Heft 2.) Verf. studierte 250 Epileptikerkrankengeschichten (164 bei Männern, 86 bei Frauen) der Tübinger psychiatrischen Klinik durch und prüfte dieselben besonders bezüglich der Ätiologie und des Verlaufes der Epilepsie, der Beziehungen der Eclampsia infantum zur Epilepsie, der Prodromalerscheinungen des epileptischen Insults, der epileptischen Zustände, der traumatischen und der Spätepilepsie.

Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

A. bezüglich der Ätiologie: Die Ursachen der Epilepsie sind vorbereitende und auslösende. Nach den ersteren kann man, ätiologisch betrachtet, mehrere Arten von Epilepsie unterscheiden, eine genuine, eine Epilepsie nach fieberhaften oder ansteckenden Krankheiten (Meningitis, Scharlach usw.), aus organischen Ursachen, nach Trauma, Alkoholmißbrauch. Das klinische Bild dieser Epilepsien schließt sich in seinen wesentlichen Erscheinungen der genuinen Epilepsie an; ausgenommen sind solche von einer organischen Ursache ausgegangenen Epilepsien, deren Sitz auf lokale Herde hinweist, insofern als die Herdsymptome im körperlichen Befund und in Anfällen

neben typisch epileptischen hervortreten können. — Die wichtigste Ursache der Epilepsie ist die hereditäre Belastung, die bei ca. $^3/_4$ der Fälle genuiner Epilepsie gefunden wurde, die aber entsprechend dem konstitutionellen Charakter der Krankheit in allen Fällen genuiner Epilepsie sensu strictiori vorhanden sein dürfte. Bei $^1/_3$ der Fälle tritt die Neigung zu direkter Vererbung der Epilepsie hervor. Bei der hereditären Belastung überwiegt das mütterliche Element. Sie macht sich auch im späteren Alter noch geltend. — Neben den prädisponierenden gibt es auslösende Ursachen der Epilepsie: fieberhafte Krankheiten des Kindesalter, Trauma, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation, gemütliche Bewegungen, physiologische Vorgänge des täglichen Lebens. Sie sind die Ursachen für die Verbreitung des ersten epileptischen Anfalls, und ihrer Natur und Schwere nach verschieden. — $^2/_3$ aller und $^4/_5$ der Fälle von genuiner Epilepsie kamen in den 20 ersten Jahren zum Ausbruch. Der Grund liegt wohl hauptsächlich in der größeren Vulnerabilität des jugendlichen Gehirns, sowie in dem Einfluß der Pubertät, der beim weiblichen Geschlecht etwas größer ist als beim männlichen. — Etwa 70 % der weiblichen Kranken des Materials des Verf.s litten an genuiner Epilepsie, während ihre Frequenz bei den Männern nur 47,6 % betrug, was auf die Bedeutung der anderen ätiologischen Faktoren, besonders Trauma und Alkohol, beim männlichen Geschlecht hinweist.

B. bezüglich der Beziehungen der Eclampsia infantum zur Epilepsie: Es bestehen zwischen der Eclampsia infantum und der Epilepsie insofern Beziehungen, als beide auf dem Boden einer meist durch hereditäre Belastung entstandenen erhöhten Reizbarkeit und verminderten Widerstandsfähigkeit des Gehirns erwachsen. Da diese Irritabilität des Gehirns mit der Schwere der Belastung zunimmt und gerade die schweren Grade derselben für die Epilepsie in Betracht kommen, kann man annehmen, daß die Eklampsie besonders häufig und stark in den ersten Lebensjahren des Epileptikers auftritt. — Die Eklampsie kann das infolge mangelhafter Entwicklung und Veranlagung widerstandsunfähige Gehirn derart schädigen, daß sie eine wichtige Ursache der Epilepsie werden kann. — Die Eclampsia infantum ist kein selbständiges Krankheitsbild, sondern nur ein Symptomenkomplex, der lediglich aus einem mit Krämpfen und Bewußtlosigkeit einhergehenden Anfall besteht und dessen Erscheinung von bestimmten äußeren Ursachen abhängig ist. Sie hat mit der Epilepsie nur die Grundlage der pathologischen Minderwertigkeit des Gehirns gemeinsam und weicht in allen übrigen Punkten von dem Bild der Epilepsie wesentlich ab.

C. bezüglich der Prodromalerscheinungen des epileptischen Anfalls: 1. Das prämonitorische Stadium ist eine relativ seltene Erscheinung. Es ist nicht zu erwarten vor Anfällen, die durch plötzlich einwirkende Gelegenheitsursachen ausgelöst werden. Es ist etwa in $^1/_4$ der Fälle genuiner, traumatischer und alkoholischer Epilepsie in Verf.s Zusammenstellung angegeben und ein Zeichen der zunehmenden epileptischen Erregung, die auf ihrer Höhe Aura und Anfall hervorruft. Es ist also mit dem Anfall eng verbunden und dessen erstes, entfernteres Symptom. Es ist bei den einzelnen

Kranken nicht immer eine konstante Erscheinung; es findet sich vornehmlich vor Serienanfällen und voll ausgebildeten Krampfattacken. — 2. Die Aura ist wesentlich häufiger, bei genuiner Epilepsie in 87,8 % der Fälle des Verf.s. Da wo sie vorhanden war, zeigte sie sich in 74 % ziemlich regelmäßig und gleichförmig; nur in 14 % der Fälle genuiner Epilepsie war ein Wechsel der Aura vorhanden. Sie war die Einleitung des Insults zumeist vor Krampfanfällen, besonders voll ausgebildeten und fand sich bei Epilepsien jeglicher Genese. Ihre häufigsten Symptome waren in der genuinen Epilepsie psychische, allgemeine, viszerale, sensible und Schwindelerscheinungen, in der traumatischen Epilepsie überwog die motorische und bei der alkoholischen die visuelle Aura und Schwindel. — 3. Die Hemmung des epileptischen Anfalls ist eine seltene, meist nur in der Aura des Anfalls beobachtete Erscheinung. Sie erfolgt nur infolge von Gegenreizen (meist motorischer oder sensibler Natur) nach dem Gesetz der Reflexhemmung durch Einschaltung von Leitungswiderständen. Bei Kupierung der Anfälle durch den Willen liegt wahrscheinlich auch eine motorische Wirkung zugrunde. Die Kupierung des epileptischen Anfalls erfolgt somit nach anderen Gesetzen wie diejenige des hysterischen, deren Hauptmoment die psychische Beeinflussung ist. Die willkürliche Produktion und Hemmung von Anfällen ist daher nach wie vor ein der Hysterie zukommendes Charakteristikum und ein wichtiges differentialdiagnostisches Mittel gegen die Epilepsie.

D. bezüglich der epileptoiden Zustände: Dieselben sind nicht pathognomonisch für Epilepsie, kommen vielmehr auch bei einer Reihe funktioneller und organischer Störungen des Zentralnervensystems und anderer körperlicher Organe vor. Sie haben meist auraartigen Charakter oder derartige Begleitsymptome. Physiologisch stellen sie die in ihrer Intensität leichtesten Erregungsentladungen im Gehirn des Epileptikers dar. Epileptisch bedingt ist der epileptische Zustand, wenn der Nachweis echter epileptischer Attacken erbracht ist. Für seine epileptische Natur spricht der hartnäckige, torpide Charakter des epileptischen Zustandes.

E. bezüglich des Verlaufs der Epilepsie: Die Epilepsie beginnt und verläuft im allgemeinen mit um so schwereren Erscheinungen, je früher sie einsetzt. Die häufigsten Anfallsformen sind die Krampfanfälle, auf welche der Häufigkeit nach epileptische Zustände, Petit mal und Äquivalente folgen. Meist treten die Insulte zur Nachtzeit auf. Bei mehreren Kranken knüpfte sich der erste Anfall an die Menstruation, nicht selten waren vor und nach den Menses die Anfälle häufiger. Tendenz zu gehäuften Anfällen findet man um so eher, je früher die Epilepsie ausbricht. Postepileptische Verwirrtheitszustände fanden sich in 34,5 % der Fälle, häufiger bei der Frühform der Epilepsie, als bei der Spätepilepsie, und zahlreicher nach gehäuften als nach einzelnen Anfällen. Prognostisch ist die postepileptische Verwirrtheit meist von schlechter Bedeutung. Erheblichere geistige Schwächezustände waren in 45 % vorhanden, besonders zahlreich bei den in den ersten 15 Lebensjahren Erkrankten und bei gehäuften Anfällen. Demenz fehlte bei Petit mal-Anfällen.

F. bezüglich der traumatischen Epilepsie: Sie fand sich

in 44 % der Fälle, in 56 % der Fälle waren neben dem Trauma noch andere Ursachen (Heredität, Krankheiten, Alkohol usw.) vorhanden. Die traumatische Epilepsie ist beim männlichen Geschlecht und in der Jugend wesentlich häufiger. Ihr Charakter ist zumeist ein schwerer; in 57,5 % fanden sich geistige Störungen erheblicher Art. Der Ausgang in Demenz ist bei der traumatischen Epilepsie häufiger als bei der genuinen, besonders im jugendlichen Alter. Psychische Traumen wirken nur als auslösende Momente bei bestehender Prädisposition.

G. bezüglich der Spätepilepsie: Sie ist da vorhanden, wo die Anfälle frühestens am Ende des 25. Jahres zum ersten Male auftreten, ist bei Männern häufiger, oft Folge von Alkohol, Trauma, Lues, Arteriosklerose usw. Heredität findet sich in $^2/_3$ aller Fälle. Ihr Verlauf ist im allgemeinen milde. Kurt Mendel (Berlin).

Schmidt, Beschreibung des Schädeldaches eines wegen Epilepsie operierten Kindes. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1905. Nr. 40.) Es handelt sich um eine 12 $^1/_2$ jährige hochgradige Idiotin mit häufigen epileptischen Krämpfen. Wegen letzterer wurde das Kind im jugendlichen Altar operiert, wobei das Gehirn bloßgelegt wurde. Auf den Verlauf der Krämpfe und der geistigen Entwicklung hatte die Operation keinen Einfluß. Das Kind starb an einer Lungenentzündung. Die Sektion ergab die von der Operation herrührenden Knochennarben, sowie eine starke Verdickung und Trübung der Dura, welche an den Knochennarben kolossal dicke und feste Auflagerungen aufwies, letztere waren mit den Narben ganz fest verwachsen, so daß sie mit dem Messer abgetrennt werden mußten. Diese dicken Narben der Dura, die Folgen einer auf Beseitigung eines Rindenreizes ausgehenden Operation, illustrieren am besten die Unzweckmäßigkeit des operativen Eingriffs bei Epilepsie.

Kurt Mendel (Berlin).

Gallus, Behandlung der Epilepsie nach Ceni. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1905. Nr. 7.) Cenis Verfahren besteht in der Injektion von Serum, das von anderen Epileptikern oder den damit zu behandelnden gewonnen wurde. Verf. versuchte nun diese Kur an drei Epileptikern, gab ihnen jedoch gegen Ende der Serumkur 2 Monate hindurch täglich 4—6 g Brom. Der Erfolg der Behandlung war, obwohl sie genügend lange ausgedehnt wurde und beträchtliche Serummengen injiziert werden, fast gleich null: in psychischer Beziehung blieben die drei Kranken völlig unverändert, die Zahl der Anfälle blieb gleichfalls im wesentlichen unbeeinflußt. Nur das Körpergewicht stieg nicht unerheblich (4—7 kg). Kurt Mendel (Berlin).

Benninger, Einiges über Lithium carbonicum bei Epilepsie. (Psych.-neur. Wochenschrift. 1905. Nr. 12.) Verf. gab gegen Epilepsie pro die 1,0—1,5 Lithium carbonicum, hatte jedoch keinerlei Erfolg, auch nicht, wenn es mit Brom kombiniert gegeben wurde. Von einer Heilung der Epilepsie nach mindestens ca. 3monatlicher Dauer der Lithiumbehandlung in aufsteigenden Dosen (mit oder ohne Brom) kann nicht die Rede sein. Kurt Mendel (Berlin).

C. de Lange, Jactatio capitis nocturna (Swoboda). (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. 2. S. 1112.) Im Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 62 Heft 1 hatte Zappert unter dem Namen „Nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern", eine klinische Studie veröffentlicht über ein Syndrom, welches charakterisiert ist durch eigentümliche Bewegungen des Kopfes im Schlafe bei Kindern. L. hatte nun Gelegenheit, auch sechs derartige Fälle zu beobachten. Unter diesen sei folgender typische Fall erwähnt. Ganz normales Mädchen von $5^1/_2$ Jahren. Nervöse Eltern. Im Alter von $1^1/_2$ Jahr fangen die nächtlichen Kopfbewegungen an und dauerten gewöhnlich von 10—1 Uhr. Dabei lag das Kind in oberflächlichem Schlafe auf dem Rücken und warf den Kopf von links nach rechts in regelmäßigen Bewegungen, etwa wie die des Pendels einer Glocke. Im tiefen Schlafe hörten diese Bewegungen auf. Es kamen anfallsweise Intervalle vor von mehreren Wochen. Bei den Bewegungen stieß der Kopf so gewaltsam gegen die Seiten des Bettes, daß die Schläge im angrenzenden Zimmer hörbar waren. Nach dem Erwachen konnte am Kinde nichts Abnormes bemerkt werden. Diese Anfälle dauerten etwa bis zum fünften Lebensjahre.

Das Leiden bietet einige Ähnlichkeit mit Spasmus nutans. Während die Jactatio aber durch den Willen beherrscht werden kann, ist das nicht der Fall beim Spasmus nutans. Dabei zeigen sich die Bewegungen bei Spasmus nutans gewöhnlich nicht im Schlafe. Ebenso wie Zappert, glaubt L., daß es sich bei diesem Syndrom handelt um eine sogenannte Stereotypie, d. h. eine koordinierte Bewegung, welche den Eindruck einer intendierten, angewöhnten Bewegung macht, und welche anfänglich bewußt und unwillkürlich, später aber unbewußt und automatisch auftritt, so wie z. B. das Nägelkauen, das Saugen an den Daumen usw. Graanboom (Amsterdam).

Giovanni Raffaele, Über Tremor bei Säuglingen. (La Pediatria. Mai 1905.) In drei Fällen beobachtete Verf. Tremor bei Säuglingen, die dyspeptisch erkrankt waren; mit dem Verschwinden der Dyspepsie verschwand auch der Tremor. In dem einen klinisch beobachteten Fall konnte man konstatieren, daß mit dem Rezidivieren der Darmerkrankung auch der Tremor wieder auftrat, um mit dem Nachlassen jener sich wieder zu bessern. Im zweiten Fall bestanden außer der Dyspepsie schwere rachitische Erscheinungen. Im zweiten und dritten Fall war Nystagmus, im zweiten außerdem auch Strabismus vorhanden. Der Tremor hielt in einem Fall 25, im anderen 40 Tage an. Verf. glaubt, daß er sich um eine Autointoxikation intestinalen Ursprungs handelte. F.

E. Urbach, Zur Kasuistik des Intentionstremors bei Kindern. (Aus dem Kinderambulatorium und Krankenkrippe in Prag.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) Bei Kindern finden sich äußerst selten Fälle, wo Bleivergiftung sich ausschließlich in Intentionstremor kenntlich macht. U. beobachtete zwei derartige Fälle, die nach dem Harnbefunde, auf Grund des Verlaufes und unter Ausschluß anderer Krankheiten nur als Bleitremor aufzufassen waren. Bei einem

dritten Kinde mit Intentionstremor vermutet U. zwar auch Bleiintoxikation, doch war nichts nachweisbar. Ein vierter Fall, der noch andere Symptome einer nervösen Minderwertigkeit zeigte und seit Jahren unverändert sich hielt, ist nach U.s Ansicht ein an der Grenze des Physiologischen stehender Fall von hereditärem oder familiärem Zittern.
Grätzer.

L. Habert, Les convulsions dans la grippe chez l'enfant. (Thèse de Paris. 1905.) Eklamptische Anfälle sind im Laufe einer Influenza keine seltene Erscheinung beim Kinde und beruhen nicht, oder nur in den allerseltensten Fällen auf einer anatomischen Läsion des Zentralnervensystems, sondern vielmehr auf einer Reizung desselben durch die spezifischen Toxine. Daher ist auch der Übergang in Heilung als die Regel zu betrachten.

Was die Behandlung anbetrifft, so werden, außer der Therapie der Grundkrankheit, noch feuchte Einpackungen empfohlen, welche beruhigend und kräftigend einwirken.
E. Toff (Braila).

H. Makelarie, Ein Fall von hysterischem Singultus. (Spitalul. 1905. Nr. 19.) Das betreffende 16jährige Mädchen war infolge eines Schreckens erkrankt und dies bestand darin, daß sie täglich nachmittags, meist zwischen 4 und 6 Uhr, Anfälle von Singultus bekam, die durch keine der üblichen Medikationen zu beeinflussen waren; die Zahl derselben betrug täglich über 100. Die Therapie bestand in der Suggerierung, daß die Anzahl der Anfälle von Tag zu Tag abnehmen werde und sie mit dem Zählen und Aufschreiben derselben betraute. Dies geschah auch und nach 6 Wochen konnte die Kranke geheilt entlassen werden, nachdem einmal, infolge eines psychischen Affektes, vorübergehend eine Verschlimmerung eingetreten war.
E. Toff (Braila).

W. Jaworski, Anorexia nervosa sub forma hysterica. (Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Krakau vom 5. Juli 1905.) Ein 13jähriger Knabe soll vor ein paar Wochen eine nicht näher definierbare Krankheit durchgemacht haben. Seit dieser Zeit klagt er über ein eigentümliches zusammenziehendes Gefühl im Abdomen und im Schlunde, welche Sensationen ihn am Schlucken verhindern.

Selbst Flüssigkeiten werden ausgespieen mit der Angabe, sie nicht schlucken zu können. Gewicht des Patienten 19 kg. Alle Beredungsversuche scheiterten, so daß zur Ernährung mit der Sonde gegriffen wurde. Nach einem Monat wiegt Patient 27,5 kg, ißt freiwillig, klagt bloß über leichte Nausea, ohne sonst irgendwelche Abnormitäten darzubieten.
Gabel (Lemberg).

K. Beck, Abdominale Scheingeschwülste bei hysterischen Kindern. (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Rostock.) (Monatsschrift für Kinderheilkunde. März 1905.) Diese Geschwülste haben zweifellos großes praktisches Interesse, indem sie durch falsche Beurteilung zu schweren Mißgriffen in der Behandlung führen können. B. beschreibt zwei solche Fälle, von denen der eine sogar behufs Vornahme einer Operation der Klinik überwiesen worden war.

Bei dem 13jährigen Mädchen fing vor 2 Jahren die Oberbauchgegend anzuschwellen an, und diese Anschwellung soll allmählich zugenommen haben. Seit dieser Zeit auch Klagen über Leibschmerzen, sonst aber keine Störungen des Allgemeinbefindens, Appetit gut, Stuhlgang normal. Patient wird behufs Entfernung eines Abdominaltumors in die Klinik geschickt. Ausgesprochen neuropathischer Habitus, leidender Gesichtsausdruck. Abdomen im Epigastrium bis zum Nabel hin kugelig gewölbt, wo die tumorartige Anschwellung in einer nach unten konvexen Linie abschließt. Untere Partie des Bauches kahnförmig eingezogen, Bauchmuskulatur daselbst straff gespannt. Tumor von weich-elastischer Konsistenz, zeigt keine Fluktuation, ist auf Druck angeblich sehr schmerzhaft, Perkussionsschall über ihm tympanitisch gedämpft. Bei längerer Beobachtung zeigt sich, daß die Größe der Geschwulst wechselt. Leber und Milz in normalen Grenzen. Mobilität und Sensibilität intakt, Reflexe allenthalten lebhaft. Temperatur normal, auch sonst Befund durchaus negativ. Diagnose wird mit Rücksicht auf den ausgesprochen hysterischen Habitus in Verbindung mit dem eigenartigen lokalen Befund gestellt auf Scheingeschwulst, hervorgerufen durch Anfüllung des Magens mit verschluckter Luft bei partieller Kontraktion der Bauchdeckenmuskulatur. Psychische Behandlung. Nach Suggerierung der eintretenden Heilung leichte Äthernarkose, in der sofort durch Druck auf die Oberbauchgegend unter Entweichen von Luft aus dem Mund die Geschwulst verschwindet. Abdomen bleibt von da ab normal, Patient ist wie umgewandelt und bleibt auch gesund.

Der zweite Fall betraf ein 9jähriges, früher nie krank gewesenes Mädchen, das seit einem Jahr Leibschmerzen hat, verdrießlich ist, schlechten Appetit hat, abmagert, dabei ein Dickerwerden des Bauches erkennen läßt. Ausgesprochene Facies hysterica. Abdomen stark aufgetrieben, besonders im Epigastrium, gibt überall tympanitischen Schall, ist auf Druck angeblich sehr empfindlich. Umfang in Nabelhöhe 74 cm. Bauchmuskeln kontrahiert. Auf Geheiß, den Leib weich zu machen, entspannt Patient dieselben und es bleibt nur eine mäßige Erhebung in der Oberbauchgegend bestehen. Man bemerkt nun deutlich, wie Patient Luft schluckt und die Geschwulst größer wird; allmählich wölbt sich auch wieder die Unterbauchgegend vor. Motilität und Sensibilität intakt, Bauchreflexe fehlen, Gaumenreflex herabgesetzt. Temperatur normal, desgleichen der sonstige Befund. Gleiche Diagnose wie bei Fall 1, ebenso Therapie von gleichem Erfolge.

In beiden Fällen war der Pseudotumor in der Oberbauchgegend durch Anfüllung des Magens mit verschluckter Luft verursacht, dagegen dürfte der Meteorismus der Unterbauchgegend nicht durch großen Gasgehalt der Därme bedingt gewesen sein, sondern durch abnorme Kontraktionszustände in der Muskulatur der Bauchdecken, denn in der Narkose fiel der Leib schnell und vollkommen zusammen, wobei durch Druck auf ihn nur Luft aus dem Munde entwich, nicht aber aus dem After.

Man wird bei Abdominaltumoren verdächtigen Charakters stets an Hysterie denken müssen, die man oft den kleinen Patienten schon auf den ersten Blick anmerkt. Im Notfall muß die Diagnose ex juvantibus gesichert werden, indem der schnelle Erfolg einer suggestiven Behandlung es unzweifelhaft macht, daß Hysterie vorliegt.

Grätzer.

Néble, Astasie-abasie chez une enfant hystérique. (Revue mens. des maladies de l'enfance Juin 1905.) Das betreffende Mädchen hatte geistige Überanstrengungen in der Schule durchgemacht und bekam plötzlich in der Kasse Zittern des Kopfes und der Arme. Der Zustand verschlimmerte sich in den folgenden Tagen, es traten Halluzinationen hinzu, Furchtgefühl, Schlaflosigkeit, endlich entwickelte sich eine vollständige Abasie und Astasie.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Wachsuggestion, lauwarmen Bädern, Brom und Chloral, vollständige Abstinenz von geistiger

Beschäftigung, und konnte nach wenigen Wochen Heilung erzielt werden.
E. Toff (Braila).

André Moussous u. R. Cruchet (Bordeaux), Über eine klinische Form der Keuchhustenlähmungen. (Archives de méd. des enf. Januar 1905.) Paralytische Störungen als Komplikationen des Keuchhustens sind öfters beschrieben worden und gehören nicht zu den Seltenheiten. Man findet meistens bei der Nekropsie anatomische Läsionen im Zentralnervensystem, meningeale Blutungen, Blutungen im Gehirne oder Rückenmarke, Erweichungen, Encephalitis, oder allgemeine Meningitis.

In anderen Fällen scheinen die Läsionen nicht zentral zu sitzen und die Erscheinungen weisen auf Veränderungen in den peripheren Nerven hin. Von derartigen Fällen sind bis nun nur vier bekannt, denen die Verff. noch einen fünften eigener Beobachtung hinzufügen. Es handelte sich um ein $2\frac{1}{2}$ jähriges, rachitisches Kind, welches im Verlaufe eines Keuchhustens, während eines heftigen Hustenanfalles, plötzlich das Bewußtsein verlor und Konvulsionen bekam. Beim Erwachen wurde konstatiert, daß das Kind die Sprache verloren hatte und schlecht ging. Der Gang wurde von da ab von Tag zu Tag immer schlechter und endlich ganz unmöglich. Bei der Untersuchung wurde eine allgemeine symmetrische Lähmung der Extremitäten gefunden, welche, was allgemeine Anordnung, elektrische Reaktion, Reflexerregbarkeit usw. betraf auf peripheren Sitz hinwies. Hingegen schien die Aphasie zentralen Ursprunges zu sein. Es ist nicht unmöglich, daß auch das Rückenmark einige Veränderungen aufweist, doch dürften dieselben nicht sehr ausgesprochen und der Zustand eher als eine Polyneuritis aufzufassen sein. Die Behandlung bestand in Salzbädern, Liq. Fowleri innerlich und wurde durch 4 Monate fortgesetzt. Die Resultate waren sehr gute, indem das Kind wieder zu sprechen anfing und die Bewegungen fast vollkommen wiederkehrten, nur eine leichte Unsicherheit war noch zur Zeit der Veröffentlichung zurückgeblieben.
E. Toff (Braila).

Emil Bovin (Schwede), Über die während der Entbindung entstandene Armplexusparalyse bei dem Fötus. (Hygiea. 1905. Nr. 3.) Anläßlich eines näher beschriebenen Falles bespricht der Verf. die verschiedenen Weisen, auf welche das Leiden entstehen kann. Die Prognose ist nicht ungünstig. In verzweifelten Fällen kann Operation indiziert werden (Exzision des Narbengewebes zwischen dem fünften und sechsten Zervikalnerv nebst Nervensutur).
Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

L. P. Clare, A. S. Taylor and **T. D. Prout,** A Study on Brachial Birth Paralysy. (American Journal of the Medical Sciences. Oktober 1905.) Eine gründliche Arbeit über die Armähmungen beim Neugeborenen.

Als Ursache solcher geburtshilflichen Lähmungen geben die Verff. die Zerrung und Zerreißung des betreffenden Nervenstammes an. Der Arzt soll daher jeden gewaltsamen Zug am kindlichen Rumpf oder Kopf vermeiden.

Diese Lähmungen bleiben oft bestehen, was sich aus dem pathologisch-anatomischen Befund ergibt.

Sieht man daher, daß keine Spontanheilung eintritt, so ist ein operatives Eingreifen angezeigt. Man exzidiert die Narbe und vereinigt die Nervenenden wie auch sonst bei peripherischen Nervenverletzungen.

Stets soll aber die Behandlung von Anfang an, noch ehe man weiß, ob der Fall zur Operation kommen werde, darauf zielen, etwaige Kontrakturen und Deformitäten zu verhüten (durch passive Gymnastik, Massage usw.)

Man kann in der Regel ein Jahr zu warten, ehe man sich zur Operation entschließt. Leo Jacobi (Neuyork).

E. Wehrli (Frauenfeld), Über die Beziehungen der während der Geburt entstehenden Retinalblutungen des Kindes zur Pathogenese des Glioma retinae. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1905. Nr. 2.) W. zeigt, wie sich die Genese des Glioms ableiten läßt von persistierendem Embryonalgewebe, welches durch schädigende Einflüsse, am häufigsten traumatische Zerreißungen und Blutungen der Retina bei der Geburt, in Wucherung versetzt wird. Diese schädlichen Einflüsse, die hier in der Mehrzahl der Fälle in Frage kommen, sind die mannigfachen Insulte, welchen das kindliche Auge während des Passierens der Geburtswege ausgesetzt ist, und welche nachgewiesenermaßen sehr häufig und fast ausschließlich die Retina in Mitleidenschaft ziehen.

So erklärt es sich leicht, daß die meisten Fälle von Gliom bei Kindern im ersten Lebensjahre vorkommen, in den späteren Jahren immer seltener werden. Die Geburtstraumen müssen selbstverständlich nicht in allen Fällen ätiologisch mitgewirkt haben; es kommen angeborene Glioma vor, für die wohl intrauterine Traumen und entzündliche Veränderungen in Frage treten.

Auch das exquisit familiäre Auftreten des Glioms, unter Ausschluß der Heredität, spricht in ganz entschiedener Weise für Einwirkung einer einheitlichen Noxe, und da gibt nach unseren heutigen Kenntnissen diese Annahme von durch ein und dieselbe Anomalie verursachten Geburtstraumen die ungezwungenste Erklärung, vor allem das am häufigsten zu retinalen Blutungen führende enge Becken und andere, die Geburt protrahierende Abnormitäten.

Auch das Vorkommen des Tumors gleichzeitig in beiden Augen wird verständlich, wenn man sich daran erinnert, daß die retinalen Geburtsblutungen fast regelmäßig doppelseitig auftreten.

Den Vorgang der Tumorbildung hat man sich wohl in folgender Weise vorzustellen: Die einwirkende Schädlichkeit, am häufigsten Geburtstraumen, welche mit retinalen Blutungen verknüpft sind, die ihrerseits Zerreißungen und Gewebszertrümmerungen verursachen, rufen an den getroffenen Stellen eine reaktive Zellwucherung hervor, welche zur Heilung des Schadens tendiert. Treten bei dieser Gelegenheit nur definitiv differenzierte Zellen in Aktion, so wird der Prozeß innerhalb gewohnter Bahnen vor sich gehen und mit erfolgter Heilung den endgültigen Abschluß finden. Ganz anders

gestaltet sich aber der Vorgang im Auge des Neugeborenen, wenn durch grobes Trauma in den Wucherungsprozeß jene in der Netzhaut nachgewiesenen gehäuften unvollendeten embryonalen Zellgruppen einbezogen werden, welchen wohl noch eine bedeutend intensivere Wachstumsenergie innewohnt; dann können die Teilungsvorgänge die normalen Grenzen überschreiten, das Wachstum ein atypisches werden, die Proliferation in unzweckmäßiger Weise vor sich und die Zellvermehrung ins Ungemessene gehen. Das Trauma allein genügt also zur Tumorbildung nicht; ebensowenig die Persistenz embryonaler Keime für sich allein. — Vielleicht kommt noch ein weniger wichtiges, drittes Moment in Frage, das sich unserer Untersuchung entzieht, eine erhöhte Reaktionsfähigkeit der Gewebe auf lädierende Einflüsse, wie sie z. B. in der Bildung von Narbenkeloiden ihren Ausdruck findet.

Nach dem Gesagten ist es klar, daß es eine Prophylaxe gibt, was — bei dem familiären Vorkommen des Glioms — für den Hausarzt von größter Wichtigkeit ist.

Ist in einer Familie ein Kind an Gliom erkrankt, so ist in erster Linie vom Hausarzt nach Anomalien der Geburtswege der Mutter oder sonst nach Ursachen für den protrahierten Verlauf des Geburtsaktes zu forschen und es wird dann Sache des Geburtshelfers sein, die folgenden Schwangerschaften genau zu überwachen und für einen möglichst raschen und glatten Verlauf der späteren Geburten zu sorgen, um so alle Chancen für das Auftreten des Glioms bei den später geborenen Kindern nach Möglichkeit zu vermindern. Bei engem Becken wäre für die folgenden Kinder eine Indikation für Einleitung der Frühgeburt gegeben.

Grätzer.

B. Salge, Die Bedeutung der Infektion für den Neugeborenen und Säugling. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 10.) Der Neugeborene ist zunächst am Nabel leicht Infektionen ausgesetzt, die Versorgung der Nabelschnur ist daher eine wichtige Aufgabe. Man arbeitet hier am besten mit Alkohol, der ein ausgezeichnetes Antiseptikum und zugleich Austrocknungsmittel ist; er wird seit Jahren auf der Kinderklinik der Kgl. Charité zu Nabelverbänden benutzt. Der trockene Nabelschnurrest ist nicht mehr als Nährboden für Bakterien geeignet. Eine besondere Gefahr für Infektion bringt aber die Zeit, in der die Nabelschnur sich demarkiert und abfällt. Tritt Infektion ein, so spielt — neben geeigneter Lokalbehandlung — die Ernährung mit Frauenmilch eine wichtige Rolle; ohne sie ist Erfolg kaum zu erwarten. Die bakterientötende Kraft des Säuglingsblutes ist ja bei Ernährung an der Brust annähernd doppelt so groß, als bei künstlicher.

Eine andere Eingangspforte der Sepsis ist der Mund. Allerdings bietet die intakte Schleimhautdecke einen ausgezeichneten Schutz. Leider glauben manche noch, das Auswischen des kindlichen Mundes nicht entbehren zu können. Dies Auswischen, das bei sauberer Pflege des Kindes ganz unnötig ist, ist ein Unfug; es schafft erst Infektionsquellen. Ein mit sauberen Händen angefaßtes und sauber gepflegtes Kind bekommt keinen Soor, auch wenn der Mund nicht ausgewischt wird.

Nun zur Nase. Ein Schnupfen ist beim Säugling eine gefährliche Krankheit. Es schließen sich an denselben nicht selten schwere eitrige Prozesse an der Rachenwand, Abszesse und Phlegmonen an, das Kind geht schließlich an Pyämie zugrunde. Es kann ja ein Schnupfen beim Säugling auch die einzige sichtbare Erscheinung der Diphtherie sein; der Rachen erscheint oft intakt, das Fieber ist gering oder fehlt, und doch kann die Diphtherie, mit Übergehung des Rachens, direkt auf den Kehlkopf übergreifen. Aber auch einfacher Schnupfen gefährdet das Kind und kann es, da die Nahrungsaufnahme behindert ist, enorm herunterbringen. Man kann versuchen, die Nase freier zu machen durch Einpulverungen, z. B. von Natr. sozojodolic. (50 %) oder von einem Schnupfpulver, z. B. Pulv. Resin. benz. Sehr gut verwendbar sind die Nebennierenpräparate, namentlich die Soloid. Hemisin-Tabletten zu 5 mg. Man löst eine solche Tablette, so daß man eine Lösung der wirksamen Substanz 1:1000 enthält, tränkt damit Wattetampons und führt diese 3—4 mal täglich für 1/2 Stunde ein. Die Nasenatmung wird dann frei und das Kind kann trinken.

Auch die Furunkulose bringt die Kinder sehr zurück, man muß sie rasch zu beseitigen suchen. Beim Öffnen der Furunkel bedecke man diese und ihre Umgebung mit einer zähen Salbe, damit der Eiter nicht die gesunde Haut berührt. Man bade die Kinder in Kal. permang. 1:1000 oder noch besser Acid. tannic. 1:1000 und bedecke Hautstellen, die mit kleinen Furunkeln und Pusteln besetzt sind, mit Formalinverbänden (1:1000). Grätzer.

A. Jacobi, A Case of Sepsis in the Newly Born Infant. (Archives of Pediatrics. Bd. 22. Nr. 11.) J. beobachtete diesen Fall in concilium mit Baran. Die Eltern des Kindes litten an keinen konstitutionellen Krankheiten. Vom 4. bis zum 10. Tage schied das Kind mit dem Urin harnsaure Infarkte aus. Am 8. Tage wurde es ohne Unfall rituell beschnitten. Kleine purpurische Flecken erschienen an den Extremitäten am 9. und Hämaturie am 12. Tage. Die Nabel fiel erst am 15. Tage ab, war wund und blutig. Das Kind starb den nächsten Tag. Sektion erwies folgendes: Kleine hämorrhagische Exsudate im Pericardium und in den Lungen; umschriebene Blutflecke an der Magenmucosa. Linke Niere 2 mal so groß als normal und ein wenig nach unten gesunken, die Kapsel von Blut durchdrungen, kleine Gerinnsel zwischen Kapsel und Niere; mehrere kleine harnsaure Infarkte in den Pyramiden. Rechte Niere ein wenig vergrößert. J. glaubt, daß die Infektion von der Nabel aus entstand und empfiehlt strenge Asepsis. H. B. Sheffield.

C. Porak et **G. Durante** (Paris), Infections ombilicales du nouveau-né. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 8.) Die Nabelinfektionen sind noch immer häufig, wenn man dieselben nicht nur auf Grund klinischer Zeichen feststellt, sondern die Resultate systematischer Autopsien in Betracht zieht. Die Berührung der Nabelwunde mit unreinen Händen, Instrumenten, Wäschestücken, das Baden des Kindes in nicht ganz reinem Wasser und nicht desinfizierten Wannen sind die hauptsächlichsten ätiologischen Momente der in

Rede stehenden Infektion. Von Mikroorganismen konnten die Verff. den Streptokokkus, den Staphylokokkus, Pneumokokkus und einen dem Perluidus albus von Deguy und Legros ähnlichen Diplokokkus kultivieren. Das Vorfinden des Bact. coli muß mit Vorsicht aufgenommen werden, da derselbe eine rasche und leichte Diffusion nach dem Tode zeigt. Die Infektion kann sowohl von der Schnittwunde des Nabelstranges als auch von der Insertionsstelle desselben am Nabel, vor oder nach dem Abfallen stattfinden; dieselbe kann sich auf dem Wege der Lymphgefäße oder der Blutkapillaren weiter verbreiten. Unter den allen Nabelinfektionen gemeinsamen Symptomen sind: a) Fieber, b) gastrointestinale Erscheinungen, c) Ikterus. Letzterer ist entweder Folgeerscheinung einer wirklichen Septikämie oder auf die von den Mikroben sezernierten Toxine zurückzuführen, welche zur Bildung einer akuten Hepatitis oder einer fettigen Degeneration der Leber Veranlassung geben. Die anatomischen und klinischen Formen, unter welchen die Nabelstranginfektionen in Erscheinung treten kann, sind folgende:

1. Infektion und Fäulnis des Nabelstranges. 2. Serös-eitrige und hämorrhagische Exsudationen namentlich an der Insertionsstelle des Nabelstranges. Späte Nabelblutungen haben fast immer einen septikämischen Ursprung und sind meist auf eine umbilicale Arteriitis oder Phlebitis zurückzuführen. 3. Die Nabelgranulation und der Fungus des Nabels sind gestielte, bis kirschengroße Gebilde, welche ein übelriechendes Exsudat absondern. 4. Die Lymphangitis, welche während oder nach der Abstoßung des Nabelstranges auftritt. 5. Das Erysipel, welches zwischen 2. und 3. oder am 15. Tage auftritt, ist heute selten und gibt immer eine schlechte Prognose; dasselbe wird namentlich dann beobachtet, wenn auch die Mutter an Infektion leidet, daher in solchen Fällen das Neugeborene immer von derselben zu isolieren ist. 6. Die einfache Nabelentzündung ist eine leichte Form der Infektion. Die Nabelphlegmone von Bouchut, die diphtherische und ulzero-gangränöse Infektion des Nabels werden heute kaum noch beobachtet. 8. Abszesse. Dieselben können in verschiedener Größe im ganzen Verlaufe der Nabelgefäße und auch an der unteren Fläche der Leber angetroffen werden, doch sind dieselben während des Lebens kaum nachzuweisen und werden meistens erst bei der Sektion vorgefunden. Eine Lieblingsstelle dieser Abszesse ist die Umbiegungsstelle der Nabelgefäße unmittelbar unter der Hautnarbe. Meist geht von hier aus die Infektion in den Gefäßen weiter und führt zu einer tödlichen Septikämie, seltener bricht die Eiteransammlung nach außen durch und der Zustand endet in Heilung. 9. Die Nabelseptikämie ist entweder sekundär als Folge einer der erwähnten Formen, oder dieselbe tritt als selbständige Krankheit auf. Oft ist der Verlauf derselben ein derart akuter, daß man bei der Nekropsie keinerlei Veränderungen der Nabelgefäße vorfindet und auch an den inneren Organen außer einer allgemeinen Kongestion keinerlei krankhafte Lokalisationen nachweisen kann. In anderen Fällen handelt es sich um Bronchopneumonien und namentlich um Entzündungen und fettige Degenerationen der Leber. Eitrige Lokalisationen findet man in verschiedenen Organen, aber nur in den Fällen

mit langsamem Verlaufe. 10. Die Nabelwunde kann als Eingangspforte für die Tetanusbazillen dienen und ist dies eine in gewissen Ländern, namentlich Südamerika (und wie wir hinzufügen, auch Rumänien), außerordentlich stark verbreitete Todesursache der Neugeborenen. Die Krankheit tritt meist am vierten Tage nach der Geburt auf; der Trismus erscheint am dritten und der Tod erfolgt am folgenden Tage unter allgemeinen Konvulsionen.

In therapeutischer Beziehung spielt die Prophylaxis die Hauptrolle; die Kinder sollen nur dann vor dem vollständigen Vernarben des Nabels gebadet werden, falls man über aseptisches Wasser und eine ebensolche Badewanne verfügt. Der Verband des Nabelstranges soll mit steriler Gaze oder Watte gemacht und so oft gewechselt werden als er beschmutzt wird. E. Toff (Braila).

Chartier (Paris), Omphalorragie. Traitement par le Sérum gélatiné. Guérison. (Archives de méd. des enf. Août 1905.) C. gibt die Beobachtung eines Neugeborenen, welcher 2 Tage nach dem Abfalle der Nabelschnur eine schwere Nabelblutung darbot, welche durch Kompressivverbände, Kauterisierung mit Argentum nitricum und Aufstreuen von Antipyrin nicht gestillt werden konnte, aber auf Einspritzung von 20 ccm Gelatineserum erheblich nachließ und auf eine ebensolche, am folgenden Tage gemachte Injektion vollständig stillstand.

Die benützte Lösung wurde durch Auflösen von 25 g Gelatine in 1000 g Hayemsches Serum und Sterilisierung bei 120° hergestellt.
E. Toff (Braila).

V. Chlumsky, Ein neues Nabelbruchband für Kinder. (Przeglad lekarski. 1905. No. 46.) Von der Überlegung ausgehend, daß die Behandlung der Nabelhernien bei kleinen Kindern mit Heftpflasterverbänden oder den bis nun konstruierten Bruchbändern unzulänglich ist, ging Verf. daran, eine neue Art des Bruchbandes zu konstruieren. Dabei ging Ch. von der Voraussetzung aus, daß die bisher gebrauchten Apparate mangels festen Stützpunktes keinen genügenden Halt am Abdomen haben, zumal an der anzuwendenden Stelle die größte Masse der leicht beweglichen und den Druck nicht vertragenden Weichteile vorhanden ist.

Verf. nimmt ein gewöhnliches Leistenbruchband, armiert die Pelotte mit einer elastischen Feder, deren Dicke und Stärke dem Alter des Kindes angepaßt ist, und heftet am anderen Ende dieser schief gegen den Nabelbruch aufsteigenden Feder eine zweite ovale — ganz flache — 6—8 ccm im Durchmesser haltende Pelotte an, welche auf die Hernia umbilicalis zu liegen kommt. Die Erfolge sollen sehr befriedigend ausgefallen sein. Gabel (Lemberg).

B. Sperk, Über ein einfaches Säuglingsbad. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Wien.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) Auf der Säuglingsabteilung der Wiener Kinderklinik sind sog. „Korbbetten“ von ovaler Form in Verwendung. Der Korb ruht auf einem weiß lackierten eisernen Gestell, das sich in zweckmäßiger Weise mit Hilfe eines Leintuches und eines Gummistoffes in ein

Säuglingsbad verwandeln läßt. Man legt über den ovalen Rahmen des Bettgestelles ein Leintuch, knüpft dieses mit beiden Enden unter dem Rahmen fest und legt darüber den Gummistoff. So hat jeder Säugling mit dem Bett seine eigne Badewanne, die leicht zu reinigen ist.

Zur Improvisation (auf Reisen!) genügen zwei gewöhnliche Holzstühle, die mit den Knieseiten zusammengestellt werden. Nachdem die Füße derselben zusammengebunden sind, wird über die Lehnen ein Leintuch, das ja überall zu haben ist, gefaltet, die Enden geknüpft oder mit großen Sicherheitsnadeln zusammengehalten. Darüber kommt das Gummituch, das man bei sich führen muß, am besten über einen runden Stab gerollt.

Grätzer.

F. Landois, Zur Physiologie des Neugeborenen. (Monatsschrift für Gynäkologie u. Geburtshilfe. Bd. 22. Heft 2.) L. teilt an der Hand von Tabellen Beobachtungen mit, welehe er in der Univers.-Frauenklinik zu Greifswald an 50 Neugeborenen in bezug auf die Körpergewichtsverhältnisse und die täglich aufgenommenen Nahrungsmengen in den ersten zehn Lebenstagen gemacht hat. Er unterscheidet dabei zwischen spät abgenabelten und früh abgenabelten und ikterischen Kindern und Kindern im allgemeinen; unter letzteren befinden sich einmal solche Kinder, bei welchen mit Absicht auf die Zeit der Abnabelung keine Rücksicht genommen ist, ferner auch spät- und früh abgenabelte durcheinander, aber keine ikterischen. Die Kinder sind bis auf einziges sämtlich reine Brustkinder. L. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden allgemeinen Schlußfolgerungen: Frühabnabelnng und Ikterus ist eine Schädigung für den Organismus des Kindes. Je schwerer ein Kind bei der Geburt ist, um so weniger nimmt dasselbe (prozentualiter seines Initialgewichts) ab und um so eher erreicht es sein Anfangsgewicht. Die Kinder Mehrgebärender verhalten sich günstiger gegenüber denjenigen Erstgebärender. Betreffs des Geschlechtsunterschiedes nehmen die Mädchen zu Anfang mehr ab, dann bekommen die Mädchen über die Knaben einen Vorsprung und am Anfangsgewicht fehlt ihnen weniger. Ein Säugling trinkt durchschnittlich bei der ersten Mahlzeit am ersten Lebenstage 5 g, Maximum 50 g, Minimum 0 g. Die durchschnittliche Stundenzahl, nach der ein Kind zum erstenmal post partum trinkt, ist 14 Stunden, Maximum 2 Stunden, Minimum 26 Stunden. Die Größe der täglich aufgenommenen Nahrungsmengen reiner Brustkinder ist (nach Prozenten gerechnet) direkt proportional der Größe des Geburtsgewichtes bei reichlich vorhandener Nahrung. Spät abgenabelte Kinder trinken mehr wie früh abgenabelte.

Hailmann (München).

Ch. Jaume, De la perte de poids du nouveau-né. (Thése de Lyon. 1904.) Der Verf. hat an 450 Neugeborenen Untersuchungen über den Gewichtsverlust nach der Geburt angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Im allgemeinen ist der Verlust auf die ersten 2 Tage beschränkt und beträgt für die Kinder Erstgebärender im Mittel 242 g und für die Kinder Mehrgebärender 233 g. Diese Zahlen gelten für normale Neugeborene; schwächliche Kinder

verlieren nur 184 g von ihrem Gewichte. Je kräftiger das Kind, um so größer relativ ist der betreffende Gewichtverlust. Das Alter der Mutter und eventuell bestehende Albuminurie haben keinerlei Einfluß auf den Gewichtsverlust und die darauffolgende Zunahme der Neugeborenen. Hingegen findet man bei hereditärer Lues, daß der Gewichtsverlust viel größer ist, länger dauert und die Zunahme kaum merklich ist, so daß man aus diesem Umstande auf das Bestehen dieser hereditären Krankheit schließen und eine entsprechende Behandlung einleiten kann. Alle diese Untersuchungen wurden an Kindern vorgenommen, welche alle 3 Stunden die Brust erhielten; sie zeigen keinen Unterschied gegenüber jenen Kindern, welche 2stündlich gesäugt wurden.

E. Toff (Braila).

P. ter Maten, De Kindergewichten in ne universiteitsvrouwenkliniek te Amsterdam. (Die Körpergewichte der in der Universitäts-Frauenklinik geborenen Kinder. (Inauguraldissertation. Amsterdam 1904.) Pinard hatte schon gefunden, daß Frauen, welche bis zu den letzten Tagen der Gravidität an der Arbeit blieben, früher entbinden, und daß ihre Neugeborenen ein niedrigeres Körpergewicht haben als in den Fällen, wo die Frau sich längere Zeit vor der Entbindung nicht mit ihrer regelmäßigen Arbeit beschäftigt.

M. kommt bei seinen Untersuchungen an Frauen und ihre Neonaten in der Universitäts-Frauenklinik zu denselben Resultaten als Pinard.

Graanboom (Amsterdam).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 15. Februar 1906.

Neurath zeigt ein 6wöchentliches Kind, welches schon gleich nach der Geburt **rechtsseitige Fazialislähmung** und eine Reihe von anderen Mißbildungen und nervöse Störungen aufwies.

Der Kopf ist kugelförmig, der Schädel zeigt zahlreiche Verknöcherungsdefekte, die Ohrmuscheln sind knorpellos, es fehlt das Ohrläppchen. Die Nasenwurzel erscheint eingesunken. Die Lippen sind atrophisch, das Gaumensegel weicht nach rechts ab. Pupillen reagieren prompt, es besteht Nystagmus. Die Stimme ist eigentümlich verändert, wie bei einer Stimmbandlähmung.

Die nervösen Symptome lassen sich durch die Diagnose „kongenitaler Kernschwund“ (Möbius) erklären. Nach Heubner handelt es sich in solchen Fällen um Kernagenesie (Kernmangel ohne Zeichen eines Schwundes). N. denkt auch an die Möglichkeit einer zerebralen Mißbildung anderer Art.

Neurath demonstriert weiter ein 6jähriges Mädchen mit **Sklerodermie**. Das Kind erkrankte vor 2 Monaten mit einer Schwellung der linken Gesichtshälfte.

Anfangs wurde die Erkrankung als Mumps aufgefaßt. Die Verhärtung an der Wange verbreitete sich jedoch immer mehr. Jetzt erscheint die Haut des ganzen Gesichtes, der Brust infiltriert. An den unteren Extremitäten ist die Verdichtung geringer. Die Haut fühlt sich derber an, läßt sich schwerer in Falten legen. Öffnen und Schließen des Mundes gelingt weniger gut. Die feinere Struktur der Haut ist nicht verändert. Dieser Fall gehört in das erste Stadium der Sklerodermie (Infiltration). Die Hautdecke zeigt noch keine atrophischen Veränderungen. N. weist auf die Seltenheit der Sklerodermie im Kindesalter hin, überdies komme gerade das erste Stadium nur ausnahmsweise zur Beobachtung.

Rach demonstriert das anatomische Präparat eines kleinapfelgroßen gefäßreichen polymorphkernigen **Sarkomes der linken Kleinhirnhemisphäre** mit Infiltration der Meningen und erbsengroßen Metastasen im Rückenmarke. Das Präparat stammt von einem 5jährigen Knaben, der 4 Wochen vor dem Tode im Anschlusse an ein Trauma (Fall auf das Hinterhaupt) mit zerebralen Erscheinungen erkrankte.

Schlesinger weist in der Diskussion auf die Tatsache hin, daß diese Sarkome ungemein rasch wachsen, stets das Kleinhirn mit ergreifen und regelmäßig zur Infiltration der Meningen führen, die manchmal nur mikroskopisch nachweisbar sei. Die Symptome während des Lebens können eine Infektionskrankheit vortäuschen, da die Erkrankung öfter mit Fieber verläuft.

Lehndorff zeigt einen 8jährigen **Handgänger**. Der Knabe hatte im ersten Lebensjahre eine Poliomyelitis durchgemacht, die zur fast völligen Lähmung der unteren Extremitäten führte. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Beugekontraktur der Hüftgelenke und eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Patient geht mit den Händen, wobei er das etwas gebrauchsfähige linke Bein als Stütze verwendet.

Durch orthopädische Apparate und gleichzeitige Übungstherapie gelingt es, solche Kinder zum aufrechten Gange zu bringen.

Grüner hält einen Vortrag: **„Über den Einfluß des Kochsalzes auf die Hydropsien im Kindesalter“.**

Nach zahlreichen Untersuchungen der letzten Jahren ist bei Nephritis und bei Stauungsniere die Ausscheidung der Chloride durch die Niere gestört und die Retention derselben führt, um das osmotische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, zu pathologischer Wasseransammlung im Organismus und zu Ödemen.

Widal, der durch reichliche Kochsalzzufuhr bei Nephritis direkt Ödeme zu erzeugen vermochte, empfahl daher 1903 zur Behandlung der stets mit Kochsalzretention verbundenen Ödeme die sogenannte kochsalzarme oder chlorarme Diät, die seither in Frankreich vielfach und mit Erfolg angewendet wird. Man setzt die Kost zusammen aus Milch, ungesalzener Milchspeise, Obst und Kompott, ungesalzenem Brot mit Butter, Honig usw.

G. machte seine Versuche bei einem schweren inkompensierten Vitium mit Ödemen. bei zwei akuten und zwei chronischen parenchymatösen Nephritiden und endlich bei zwei gesunden Säuglingen. Seine Resultate lauten:

Die kardialen Ödeme schwanden bei chlorarmer Diät in geradezu kritischer Weise und konnten in geringem Maße durch reichliche Kochsalzzugabe sowie durch gewöhnliche gemischte Diät wieder hervorgerufen werden. Die Körpergewichtskurve geht hier der Chlorretention vollkommen parallel.

Auch bei Nephritis führten plötzliche Steigerungen in der Kochsalzzufuhr — auch bei gleichbleibender Wasseraufnahme — in der Regel zu mäßigen, meist vorübergehenden hydropischen Gewichtssteigerungen, die der Chlorretention nicht immer parallel gingen und auch nicht immer durch chlorarme Diät prompt zum Abfall gebracht werden konnten.

Bei interstitieller Nephritis ergab sich eine andauernde Neigung zu einer Chlormehrausscheidung ohne entsprechenden Gewichtsabfall. Wahrscheinlich wurde hier eine Retention chlorurée sèche im Sinne Ambard bei chlorarmer Diät zur Ausscheidung gebracht.

Es scheint somit (auch nach Kövesi, Roth, Schulz) gerade bei schwer erkrankter Niere die Chlorretention nicht immer von der entsprechenden, das osmotische Gleichgewicht wieder herstellenden Wasserretention begleitet zu sein, sondern dieselbe häufig zu überwiegen.

Auch bei einem $2^1/_2$ Monate alten, gesunden Säugling konnte G. durch plötzliche Steigerung der täglichen Chlornatriumzufuhr vorübergehende bedeutende

Chlor- und Wasserretention erzielen. Offenbar konnte die Niere die ungewohnt großen Chlormengen nicht sofort eliminieren.

Bei erkrankter Niere ist nach Nagelschmidt die Ausscheidung einer größeren überschüssigen Kochsalzabgabe noch mehr verzögert und anscheinend um so mehr, je schwerer die Niere erkrankt ist. Größere Mengen können überhaupt nicht vollständig ausgeschieden werden und führen zur Retention.

Nach Kövesi-Roth-Schulz läßt sich die Entstehung von Ödemen aus einer Chlorretention folgendermaßen erklären:

Sowohl bei diffuser Nierenerkrankung als auch bei Stauungsniere besteht eine Insuffizienz des Glomerulusapparates, wodurch sowohl die Wasserausscheidung als auch die Ausscheidung der Salze — von diesen ist das Kochsalz das wichtigste und reichlichste — gestört erscheint. Die Retention der Chloride führt (nach v. Korányi) zu vermehrter Wasseranziehung der Körperflüssigkeiten, zur Wasserretention im Blut, die Blutmasse wird im Sinne einer hydraemischen Plethora vermehrt. Diese führt zu Ödembildung. Die kochsalzarme Diät verhindert die primäre Chlorretention, bei bestehenden Ödemen kann sich die Niere erholen und die überschüssigen Chloride ausscheiden. Damit geht auch eine Wasserausscheidung einher.

Die Resultate G.s rechtfertigen die therapeutische Forderung, bei renalen und kardialen Ödemen, sowie bei bestehender Neigung zu solchen, eine möglichst kochsalzarme Diät zu geben.

Auf Anfrage Eisenschitz teilt G. mit, daß nach Achard bei Schrumpfniere die Chlorausscheidung häufig überhaupt nicht gestört erscheint.

Stratter möchte bei den Versuchen auch die Stickstoffseite beachtet wissen.

Meyer macht darauf aufmerksam, daß die Frage, ob die Chlorretention oder die Flüssigkeitsretention das Primäre sei, nicht gelöst ist. Die Tierexperimente lassen diesbezüglich im Stiche, weil sich tierisches und menschliches Gewebe im Experimente verschieden verhalten.

V. Italienischer Pädiaterkongreß.

Vom 27. April bis 1. Mai 1905 in Rom.

Valagussa (Rom): **Ätiologie und allgemeine Pathogenese der kindlichen Tuberkulose.**

Redner gibt einen Überblick über die historische Entwicklung der Frage und über die verschiedenen Theorien. Eine Hauptquelle der Infektion sind die Sputa der Phthisiker; was die Übertragung der Tuberkulose durch die Nahrung anbetrifft, so muß dieselbe als äußerst selten angesehen werden.

Dante Pacchioni (Florenz): **Diagnose der Tuberkulose.**

Nachdem er die Diagnose der Miliartuberkulose, der chronischen apyretischen generalisierten Tuberkulose, der Bronchialdrüsentuberkulose besprochen hat, wendet er sich der Lungentuberkulose zu. Er behandelt zunächst die Sputumuntersuchung, dann die Blutuntersuchung, wobei er darauf aufmerksam macht, daß man nicht selten eine mehr oder minder erhebliche Abnahme der eosinophilen Zellen findet. Nicht selten findet man bei der Tuberkulose eine ein- oder beiderseitige Muskelhyperästhesie, die besonders in den Muskeln des Nackens, der Arme, der unteren Extremitäten ihren Sitz hat und zu der sich auch Gelenk- und Knochenhyperästhesie gesellen kann. Mit der Serumdiagnose hat Redner in 26 Fällen, in denen die Tuberkulose durch klinische Mittel oder die Autopsie sicher festgestellt war, 20 mal (76 %) positive Resultate erzielt. Von 12 Fällen, in denen sicher keine Tuberkulose bestand, war die Reaktion 3 mal positiv, 3 mal negativ. Sie hat also keinen sicheren diagnostischen Wert.

Carlo Comba; **Über Serodiagnose der Tuberkulose bei Kindern.**

C. hat die Methode bei 47 Kindern, die teils an Tuberkulose, teils an anderen Erkrankungen litten, angewandt. Die Kontrolle geschah durch bakteriologische Untersuchung der Exsudate, auf dem Sektionstisch oder durch die Tuberkulinprobe. Redner kommt zu dem Ergebnis, daß es Fälle von chronischer Tuberkulose gibt, in denen die Serumprobe völlig negativ ist, während die Tuberkulinprobe

positiv ausfällt, bei floriden Lungenphthisen trat bald Agglutination ein, bald nicht; in fünf Fällen von tuberkulöser Meningitis war die Probe positiv, in zwei negativ; in sechs Fällen tuberkulöser Pleuritis war Serumprobe und Tuberkulinprobe positiv, in zwei beide negativ, in einem Fall war die Tuberkulinprobe negativ, während nach 6 Stunden Agglutination eintrat. Beim Abdominaltyphus war die Serumreaktion meist positiv. Es ergibt sich also, daß ein absoluter Wert der Serumreaktion keineswegs zukommen kann.

Benati (Modena): **Die Albuminurie in der kindlichen Tuberkulose.**

Die Albuminurie bei der Tuberkulose der Kinder ist häufiger, als man glaubt (46 %); die generalisierte Form der Tuberkulose gibt den größten Prozentsatz mit Albuminurie (70 %); bei tuberkulöser Meningitis beträgt die Prozentzahl 60 %. Die Albuminurie findet sich fast stets bei sehr schweren Fällen kurz ante exitum.

Jemma (Palermo): **Nachweis des Tuberkelbazillus im zirkulierenden Blut.**

Redner hat die von französischen Forschern (Jousset, Bezançon, Griffon etc.) empfohlene Methode geprüft und sie für nicht zuverlässig befunden.

Jemma: **Experimentelle Untersuchungen, betreffend die Übertragung der Tuberkulose durch die Milch.**

Verf. hat bei säugenden Meerschweinchen eine tuberkulöse Mastitis erzeugt und dann nachgesehen, was für eine Wirkung bei den neugeborenen mit der tuberkelbazillenreichen Milch ernährten Meerscheinchen eintritt. Es ergab sich, daß fast alle so ernährten Meerschweinchen an Tuberkulose erkrankten, die in der Mehrzahl der Fälle sich zuerst an den Mesenterialdrüsen lokalisierte und sich dann auf die anderen Organe verbreitete. In den meisten Fällen gehen die Tuberkelbazillen in den Organismus über, ohne eine bemerkbare Verletzung der Intestinalschleimhaut zu bewirken.

Lanza (Genua): **Über die Bedeutung des Studiums der eosinophilen Zellen bei der kindlichen Tuberkulose.**

Redner kommt zu dem Resultat, daß die Untersuchung der Flüssigkeit und einer durch Anwendung eines Vesicans gezogenen Blase auf eosinophile Zellen einen gewissen Wert besitzt.

A. Jovane (Neapel): **Die Autoserotherapie bei serofibrinösen Pleuritiden und beim Aszites der Kinder.**

J. hat bei vier Kindern mit serofibrinöser Pleuritis subkutane Injektionen mit Pleuraflüssigkeit gemacht; bei einem Kind trat Heilung in 15 Tagen ein, bei einem anderen vollzog sich die Resorption des Exsudats weniger schnell; zwei starben an Komplikationen. Von zwei Kindern mit tuberkulöser Peritonitis heilte eines in 14 Tagen, das andere starb an Miliartuberkulose.

G. Petrone (Neapel): **Über tuberkulöse Leberzirrhosen.**

P. berichtet über ein 7jähriges Mädchen, das eine Zeitlang einen der Bantischen Krankheit ähnelnden Symptomenkomplex darbot. Auf dem Sektionstisch fand man Synechie des Perikards, serofibrinöse Pleuritis, tuberkulöse Peritonitis, eine verkleinerte Leber mit starke Perihepatitis und vorwiegend kapsulärer Zirrhose, vergrößerte Milz mit Splenitis und Perisplenitis.

G. Poppi: **Semiologischer Wert der Milzpalpation bei wenige Monate alten Säuglingen.**

Verf. hat systematische Untersuchungen bei 500 Neugeborenen, 250 mit Muttermilch, 224 mit Muttermilch und Kuhmilch und 24 mit künstlicher Milchnahrung angestellt. Es ergab sich, daß die Milz während der ersten Monate um so leichter palpabel ist, je weniger geeignet die Ernährung und je häufiger die Verdauungsstörungen sind, so daß die Milzpalpation einen Hinweis auf Fehler in der Ernährung geben kann.

Frontini: **Über den Wert der Kohlensäure bei Milchsterilisation.**

Aus den Versuchen ergibt sich, daß die Kohlensäure kein praktisch verwertbares Mittel zur Sterilisation der Milch bildet.

G. de Nigris: **Statistische Bemerkungen über Ernährung mit Muttermilch und künstlicher Milch.**

Die statistischen Erhebungen, die in den Jahren 1896—1903 in der geburtshülflichen Klinik zu Graz angestellt wurden, ergaben, daß die physische Möglichkeit, zu nähren, nur in sehr seltenen Ausnahmefällen nicht vorhanden war und daß eine Abnahme der Fähigkeit zum Stillen nicht zu konstatieren war. Die Gründe, aus denen die Mütter sich also bestimmen ließen, nicht selbst zu nähren, sind anderweitig zu suchen.

Spolverini u. Flammini: **Neue Methode der Milchkonservierung.**

Milch, die unter starkem Kohlensäuredrucke steht, hält sich einige Zeit hindurch unverändert, sowohl was ihre physischen, wie auch chemischen und biologischen Eigenschaften anbetrifft. Die Kohlensäure vernichtet manche Keime, auf andere wirkt sie entwicklungshemmend. Es persistiert und überwuchert allein ein nicht pathogener Diplostreptokokkus, der nach einiger Zeit, je nach der Temperatur, die Milch zum Gerinnen bringt. Rohe Milch kann man so bei einer Temperatur von 12—14° ungefähr 8—12 Tage lang konservieren, gekochte Milch hält sich unbegrenzt lange.

Finizio (Neapel): **Wert der Kryoskopie auf die Analyse der Milch angewandt.**

Die kryoskopische Untersuchung kann — das ist das Resultat der von F. angestellten Untersuchungen — die quantitative Bestimmung der einzelnen in der Milch enthaltenen Prinzipien nicht ersetzen; sie bildet bei der Analyse der Milch nur ein zu den bisher bekannten Daten neu hinzugekommenes.

G. Gallo (Neapel): **Zystoskopische Untersuchungen der Frauenmilch.**

Δ der Frauenmilch beträgt im Mittel 0,61; dies ändert sich nicht wesentlich während der Schwangerschaft, der Menstruation und bei akuten und chronischen Erkrankungen. Zwischen Steigen und Sinken der kryoskopischen Zahl und den physischen Verhältnissen der Säugenden besteht kein merkbarer Zusammenhang.

Luisa Ferreri (Parma): **Über die Wirkung einiger Milchsera auf die künstliche Verdauung der Albuminoide.**

Serum von Frauenmilch beschleunigt die Eiweißverdauung, Serum von Kuhmilch verzögert sie. Jene verdauungsbeschleunigende Wirkung des Frauenmilchserums muß von einem Ferment abhängen, da sie nicht mehr besteht, wenn die Milch 1/2 Stunde lang oder länger auf 55—60° erwärmt ist. Redner glaubt, daß es sich hier um ein neues Ferment handle, das die Eigenschaft habe, das Pepsin des Magensaftes des Säuglings aktiver zu machen.

C. Cattaneo (Parma): **Über die Reaktion der Frauenmilch.**

Die Alkaleszenz der Frauenmilch schwankt von 0,08—0,176 % und beträgt im Mittel 0,120—121 %. Sie scheint in den Morgenstunden größer zu sein als abends.

G. Lanza (Genua): **Über die Zerstörung der Tuberkelbazillen in pasteurisierter Milch.**

Die Resultate waren verschieden, je nachdem die Milch mit Tuberkelbazillen versetzt wurde, die im Sputum erhalten waren oder die aus Reinkulturen stammten. Jene zeigten gegen die Hitze eine größere Resistenz als diese.

C. Cattaneo (Parma): **Über die hämolytische Eigenschaft der Frauenmilch.**

Das Frauenmilchserum hat eine iso- und heterohämolytische Eigenschaft, die individuell so verschieden ist, daß die Schwankungen zwischen 0 und 37,3 betragen. (Fortsetzung folgt.) F.

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Eine Reihe hervorragender Pädagogen, Pädiater und Psychologen erlassen einen Aufruf zu einem **Kongreß für Kinderforschung.** Es soll hierdurch ein Zusammenschluß aller auf den verschiedensten Gebieten der Kinderfürsorge tätigen Kräfte erreicht werden. Dem Ausschuß gehören von Berliner Ärzten die Professoren A. Baginsky, Heubner, Ziehen an. Anfang Oktober soll der Kongreß stattfinden.

— Zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** sind vom Magistrat 134600 Mk. als Beihilfe an die Schmidt-Gallisch-Stiftung bewilligt worden. Aus der Mitteln dieser Stiftung wird das Kinderasyl in der Kürassierstraße unterhalten.

— Die **Schulärzte** sind von der Schuldeputation beauftragt, bei der Einschulung der Kinder den Eltern Merkblätter über die Gefahren des Alkohols einzuhändigen.

— Dem **Elisabeth-Kinderhospital** sind von Frau K. v. Bülow 100000 Mk. überwiesen worden.

— Priv.-Doz. Dr. Finkelstein, Oberarzt am Städtischen Waisenhause und Kinderasyl, hat den **Professortitel** erhalten.



Berlin. Die Königl. Charité hat die **Kurkosten für Kinder** von 2 Mk. auf 2,50 Mk. für den Tag erhöht.

Breslau. Zum ordentl. Professor der Pädiatrie ernannt Prof. Czerny.

Düsseldorf. Gestorben Dr. Paffenholz.

Dresden. Prof. Dr. Henoch ist zum Ehrenmitgliede der Balneologischen Gesellschaft gewählt.

Ludwigshafen. Vom 1. Mai ab sollen **Schulärzte** angestellt werden.

Elberfeld. Zur Bekämpfung der **Säuglingssterblichkeit** wird die Armenverwaltung den Müttern zu besserer Ernährung Milch verabfolgen, wo künstliche Ernährung der Kinder nötig ist, wird für diese keimfreie Säuglingsmilch geliefert.

Frankfurt a. M. Ein **Ausbildungskursus für Kinderfürsorge** findet vom 23. April bis 5. Mai statt. Alles Nähere, Programme usw. bei der Geschäftsstelle der Zentrale für private Fürsorge, Börsenstraße 20 I.

Freiburg i. Br. Zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** gewährt der Stadtrat den Müttern Stillprämien.

Heilbronn. Neben dem **Stadtarzt**, der die hygienische Beschaffenheit der Schulen zu beaufsichtigen hat, soll ein **Schularzt** für die Überwachung der Kinder angestellt werden.

Kolberg. Das **Schulsanatorium Kinderheil** wird Mitte April eröffnet. Es wird hier Kindern, die längeren Seeaufenthalt brauchen, neben ärztlicher Überwachung gleichzeitig Unterricht erteilt. Die Leitung hat der Berliner Orthopäde Dr. G. Müller.

Artern. Die mit dem Königlichen Solbad verbundene **Cäcilien-Heilstätte für Kinder** wird am 1. Mai eröffnet.

Linnich. Die Anstellung eines **Schularztes** ist beschlossen.

Magdeburg. Beim städtischen **Krankenhaus Sudenburg** soll je eine Abteilung für Frauen-, Kinder-, sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten geschaffen werden.

Offenbach a. M. Ein **Schularzt** soll angestellt werden.

Regensburg. Zur Förderung der **Säuglingsfürsorge** sollen vom 1. April ab **Stillprämien** an die Mütter, sowie Belohnungen an Hebammen, die in diesem Sinne wirken, gezahlt werden. Die ganze Einrichtung wird ärztlich beaufsichtigt werden.

Spandau. Zur Bekämpfung der **Säuglingssterblichkeit** soll eine städtische Molkerei gegründet werden.

Ulm. Die Anstellung eines vollbeschäftigten **Schulzahnarztes**, dem Privatpraxis nicht gestattet wird, ist beschlossen.

Stuttgart. Die Anstellung von **18 Schulärzten**, einem Schul-Augen- und Ohrenarzt für die Volksschulen ist beschlossen. Es wird die Anstellung einer Schulärztin in Erwägung gezogen.

Dessau. Anfang Mai wird die **Herzogin Marie-Heilstätte für Kinder** eröffnet. Es sollen hauptsächlich tuberkulös veranlagte Kinder aufgenommen werden, um rechtzeitig den Ausbruch der Krankheit zu verhüten.

Wien. Hier hat sich eine **Gesellschaft für Kinderforschung** konstituiert, welche sich zur Aufgabe stellt, durch wissenschaftliche Arbeit die Prinzipien zu ermitteln, die einer umfassenden Jugendfürsorge zugrunde gelegt werden müssen. In den Vorstand wurden gewählt: Doz. Dr. Reicher, Präsident, Prof. Escherich und Prof. Jodl, Vizepräsidenten, Dr. Th. Heller und Dr. v. Pirquet, Schriftführer.

Kopenhagen. Der Privatdozent Dr. S. Monrad wurde als Wichmanns Nachfolger Oberarzt des Königin Louisen-Kinderspitals.

Nancy. Dr. Haushalter ist zum Professor für Kinderkrankheiten ernannt worden.

Newyork. Ein **Rückgang der Säuglingssterblichkeit** um 50 % soll hier durch die Einrichtung von **Fürsorgestellen** für reine Milch erzielt worden sein. Die Käufer erhalten gleichzeitig mit der Milch kleine Abhandlungen über Säuglingspflege.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Marburg), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. FRICKE (Göttingen), Dr. W. GABEL (Lemberg), Dr. GERMAN (Göttingen), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

XI. Jahrgang. Juni 1906. Nr. 6.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Therapeutische Notizen. — V. Neue Bücher. VI. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Juni 1906. No. 6.

I. Originalbeiträge.

Über Triferrin in der Kinderheilkunde.

Einige praktische Bemerkungen.

Von

Dr. E. Toff in Braila, Rumänien.

Das Triferrin oder paranukleinsaure Eisen wurde im Jahre 1900 von E. Salkowski dargestellt und hat seither mannigfache Anwendungen bei verschiedenen Zuständen von Blutarmut gefunden. In der Kinderheilkunde ist dasselbe, meines Wissens, noch wenig benützt worden, trotzdem es seiner Zusammensetzung nach, seiner Ungiftigkeit wegen und infolge des Umstandes, daß es weder den Appetit noch die Verdauung und Stuhlentleerung irgendwie ungünstig beeinflußt, geradezu als ein Kindermedikament ersten Ranges bezeichnet werden muß.

Der Wert des Triferrins liegt nicht nur in dem relativ hohen Eisengehalte desselben (21,87 %), sondern auch in der bedeutenden Menge organisch gebundenen Phosphors (2,55 %), wodurch es besonderen therapeutischen Wert namentlich in jenen Fällen von Anämie entfaltet, die mit einer mangelhaften Knochenbildung einhergehen und bei welchen, seit den grundlegenden Arbeiten von Kassowitz, der Phosphor, sei es rein, sei es in verschiedenen organischen Verbindungen, mit Vorteil in Anwendung gezogen wird. Außerdem unterstützt der Phosphor, wie dies Klemperer[1]) mit Recht hervorhebt, in erheblichem Maße die Eiweißassimilation.

Das Triferrin ist ein braunrotes Pulver, welches in Wasser und in schwachen Salzsäurelösungen von der Konzentration des Magensaftes unlöslich ist, hingegen leicht löslich in schwach alkalischen Lösungen. Es wäre hieraus zu schließen, daß das Präparat den Magen unverändert passiert und erst im alkalischen Darmsafte gelöst und der Resorption zugeführt wird, eine Eigenschaft, auf welche wohl in erster Reihe der Umstand zurückzuführen ist, daß Triferrin, im Gegensatze zu anderen Eisenpräparaten, die Magenverdauung in keinerlei Weise beeinflußt.

Die Tierversuche, welche ursprünglich von Salkowski[2]) an

---

[1]) Triferrin ein empfehlenswertes Eisenpräparat. Therapie der Gegenwart. April 1901.

[2]) Über eine phosphorhaltige Säure aus Kasein und deren Eisenverbindung. Zentralbl. f. d. med. Wissensch. 1900. Nr. 51.

Kaninchen vorgenommen wurden, zeigten, daß, bei Verfütterung von 0,1—0,25 paranukleinsaurem Eisen täglich, innerhalb 10 Tagen der Eisengehalt der Leber von 3,04 mg pro Kilo auf 9,05 mg gestiegen war, während die mit anderen organischen Eisenverbindungen gefütterten Kontrolltiere nur einen Anstieg bis 4,02 mg pro Kilo darboten. Es zeigte sich also, daß Triferrin in ganz bedeutender Menge zur Resorption gelangt, derart, daß der Eisengehalt der Leber auf das 3fache ansteigt, ein Ergebnis, auf Grund dessen auch der Name des Präparates gewählt wurde.

Interessante Versuche über die Resorption des Triferrins hat Matzner[1]) bei Hühnern und Kaninchen angestellt. Er gab pro Tag 0,5 Triferrin und tötete die Versuchstiere nach 12—18 Tagen. Die mikroskopischen, mit Ferrocyankalisalzsäure behandelten Präparate zeigten, daß der Dünndarm, in seinem oberen Viertel, als hauptsächlichster Resorptionsort für das Eisen anzusehen sei; die Epithelien sind malachitgrün verfärbt, insbesondere jene der Dünndarmzotten. Im Stroma der Zotten zeigen sich freie Eisenpartikelchen, ebenso auch im Zentralkanal. Die oberflächlichen und tiefen Lymphbahnen des Dünndarms erscheinen reichlich Eisen führend, auch die solitären Follikel sind massenhaft mit Eisen gefüllt. Die Untersuchung des Mesenteriums ergibt bereits mit freiem Auge sichtbare, blaue, feinste dem Verlaufe der Mesenterialgefäße parallele Streifchen, welche nichts anderes sind, als mit Eisen erfüllte mesenteriale Lymphbahnen. Auch in der Leber fand Matzner zahlreiche Eisenschollen, sowohl in dem Gewebe zwischen den einzelnen Leberlobuli, als auch im Verteilungsgebiete der Pfortader und in diffuser, feinst verteilter Form in den Leberläppchen selbst.

Die Untersuchungen Matzners haben des weiteren, unter der Triferrinwirkung, eine konstante und erhebliche Vermehrung der kernhaltigen, roten Blutkörperchen im roten Knochenmarke festgestellt, das heißt, daß ein Reiz auf das Knochenmark im Sinne einer Regeneration der roten Blutzellen ausgeübt wird. Außerdem zeigten die Untersuchungen, daß sowohl bei gesunden, als auch bei anämischen und chlorotischen Personen nach Darreichung von Triferrin in therapeutischen Dosen eine konstante Vermehrung des Harneisens festzustellen ist.

In zahlreichen Fällen fand ich eine erhebliche Vermehrung des durch den Harn ausgeschiedenen Stickstoffes, wohl ein Beweis einer größeren Ausnützung der eingeführten Eiweißsubstanzen, was in Verbindung mit der gleichzeitigen Gewichtszunahme auf eine erhöhte Eiweißassimilation schließen läßt.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß das Triferrin in bedeutender Menge zur Resorption gelangt, in die Lymphbahnen, die allgemeine Zirkulation, die Leber, die Nieren, das Knochenmark usw. gelangt und überall einen blutbildenden und ernährungsbefördernden Einfluß ausübt.

Diese Ergebnisse bewogen mich, dasselbe namentlich in der

---

[1]) Experimentelle und klinische Studien über Triferrin. Die Heilkunde. 9. April 1905.

Kinderpraxis in ausgiebigem Maße anzuwenden und muß ich hervorheben, daß die erzielten Erfolge meinen Erwartungen vollkommen entsprochen haben. Meistens wurde das Mittel in Originaltabletten (à 0,3 Triferrin), 3 täglich, verabreicht, wie sie von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. unter Schokoladezusatz hergestellt werden. Die Kinder nehmen dieselben gerne, auch das Triferrol, ein aromatischer Triferrinlikör, wird, in der Dosis von 3—4 Kaffeelöffel täglich, leicht genommen. Von einer Giftigkeit des Mittels kann nicht die Rede sein; einer meiner Patienten, ein 4jähriger Knabe, hatte eine aus Unachtsamkeit stehengelassene Schachtel, die noch über 60 Triferrintabletten enthielt, innerhalb einer halben Stunde geleert, ohne hierauf, außer einigen pechschwarzen Stühlen, etwas Besonderes darzubieten.

Rachitische und anämische Kinder sind es, welche hauptsächlich unter Triferrinbehandlung rasche Besserung zeigen, eine bessere Farbe bekommen und an Gewicht zunehmen. Ein rachitischer, 6 Monate alter Säugling, welcher schon öfters Anfälle von infantiler Eklampsie gehabt hatte, verlor dieselben vollständig nach einer 4wöchentlichen Behandlung mit Triferrin; ähnliches konnte bei einem anderen 4monatlichen Säuglinge erzielt werden.

Gute Erfolge gibt ferner Triferrin in der Rekonvaleszenz nach Scharlach, Masern, Diphtheritis, Bronchopneumonie, und im allgemeinen nach allen schweren, akuten Erkrankungen des Kindesalters. Die Patienten kommen viel rascher zu Kräften, bekommen Appetit und nehmen viel rascher an Gewicht zu, als dies ohne Triferrin der Fall ist.

Was die Bestimmung des Hämoglobingehaltes und die Zählung der roten Blutkörperchen anbetrifft, so darf nicht vergessen werden, daß diese Werte im Kindesalter außerordentlichen Schwankungen auch im normalen Zustande unterliegen und daß also die gefundenen Zahlen nicht immer definitive Schlüsse zulassen. Nichtsdestoweniger kann in gewissen Fällen auch auf diese Weise die gute Wirkung des Triferrins nachgewiesen werden. In einem Falle von hereditärer Lues stieg der Hämoglobingehalt bei einem 3jährigen Knaben im Zeitraume von 5 Wochen von 55 % auf 80 % und die Zahl der Erythrozyten von 3600000 auf 5100000. In einem anderen, analogen Falle, ein 2jähriges Mädchen betreffend, war die Hämoglobinmenge am Anfange der Behandlung 45 % und die Zahl der roten Blutkörperchen 3500000, während nach 2monatiger Behandlung 75 % bzw. 4360000 gefunden wurde. In anderen Fällen war schon zu Beginn der Behandlung die Hämoglobinmenge relativ hoch, trotzdem die Kinder ein auffallend anämisches Aussehen hatten, und in diesen Fällen war durch die Triferrintherapie keine sonderliche Erhöhung in der Hämoglobinmenge, wenigstens so weit man dieselbe mit den üblichen Methoden beurteilen kann, zu verzeichnen. Hat doch Schlesinger[1]) gezeigt, daß bei schweren Atrophien und Gastroenteritiden, wo es sich um eine Verdickung des Blutes durch Plasma-

---

[1]) Die Anämie und Leukozytose bei der Pädatrophie und Gastroenteritis. Arch. f. Kinderh. 1903. Nr. 5—6.

verlust handelt, die Zahl der roten Blutzellen und der Hämoglobingehalt in der Raumeinheit zunehmen und hierdurch normale und selbst übernormale Werte zeigen.

Auffallende Erfolge ergab das Triferrin bei lymphatischen und skrofulösen Kindern; ein 5 jähriger Knabe, welcher immer kränklich war, bald an lymphatischer Konjunktivitis, bald an Ekzemen, Bronchopneumonie, Bronchitis usw. litt, bekam ein blühendes Aussehen und erfreute sich ununterbrochen einer guten Gesundheit nach einer 4 monatigen Triferrinkur.

Zum Schlusse möchte ich noch der guten Resultate gedenken, welche ich bei säugenden Frauen mit Triferrin erzielt habe. In drei Fällen, in welchen die Milchsekretion auf ein Minimum gesunken war, derart, daß die Kinder mit Kuhmilch genährt werden mußten, bewirkte das Mittel eine erhebliche Steigerung der Milchsekretion, so daß das Säuggeschäft wieder aufgenommen werden konnte. Es ist dies eine Wirkungsweise des Triferrins, welche wohl näherer Beachtung würdig wäre und an einem ausgedehnteren Versuchsmaterial erprobt werden sollte.

II. Referate.

Körner, Das Wesen der Otosklerose im Lichte der Vererbungslehre. (Zeitschr. f. Ohrenh. 1905. Bd. 1. Heft 1.) Daß die progressive Schwerhörigkeit, die Stapesankylose oder wie sie allgemein genannt wird, die Otosklerose oft in mehreren aufeinanderfolgenden Generationen ein und derselben Familie gehäuft auftritt, war seit lange bekannt. Verf. illustriert dies durch Stammbäume von fünf Familien mit 43 Otosklerosefällen in vier Generationen. Von den 43 Fällen gehören 17 dem männlichen und 26 dem weiblichen Geschlechte an. Ohne nachweisbare Vererbung — in der anscheinend zuerst befallenen Generation — trat die Otosklerose 7 mal auf. Ererbt in der zweiten Generation 17 mal, in der dritten Generation 12 mal, in der vierten Generation (nur in einer Familie) 7 mal. Um diese Erblichkeitsverhältnisse für die Erkenntnis des Wesens der Otosklerose zu verwerten, greift Verf. auf das biologische Vererbungsgesetz zurück. Ererbt werden nur solche Eigentümlichkeiten oder deren materielle Substrate, die als Anlage im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten sind (Determinanten). Die Mengen von Determinanten, die jedem auf den Lebensweg gegeben werden, stammen nicht nur aus dem Plasma der Eltern, sondern aus dem gesamten Ahnenplasma. Krankheiten selbst können nicht mit der Keimzelle auf die Nachkommenschaft übertragen werden, nur Krankheitsanlagen (Disposition). So ist eine Lues nicht hereditär, sondern kongenital. So ist auch die Hämophilie keine Krankheit, sondern es liegt ihr nur eine in einer Determinante gegebene und somit vererbbare Eigenschaft des Blutes zugrunde, dem die normale Gerinnungsfähigkeit abgeht. Erst durch einen äußeren Vorgang (Verletzung)

tritt diese in Erscheinung. Da also Krankheiten nicht vererbt werden können, die Otosklerose aber vererbt wird, so ist diese keine Krankheit. Sie wäre eine kongenitale Krankheit, wenn sie, wie Habermann annimmt, syphilitischen Ursprungs wäre. Diese Syphilishypothese schwebt aber in der Luft. Wenn Habermann in seinen 30 Fällen Lues 4mal sicher und einmal nahezu sicher nachweisen kann, so spricht dies bei der Häufigkeit der Lues und der Seltenheit der Otosklerose nur dagegen. Gegen Syphilis spricht auch der Kinderreichtum der Schwerhörigen, der auch in den obenerwähnten Stammbäumen zutage tritt. Fehlgeburten und Todesfälle in den ersten Lebenswochen sind, soweit sich dies verfolgen ließ, in diesen Familien überhaupt nicht vorgekommen. Bei der Untersuchung der Schwerhörigen und vieler ihrer Angehörigen konnte nichts, was auf Syphilis deutete, gefunden werden. K. hält nun, da die Otosklerose — die hyperostotische Knochenneubildung an den Labyrinthfenstern und Spongisierung innerhalb der sonst kompakten Labyrinthkapsel — als Krankheit nicht angesprochen werden kann, dieselbe mit Siebenmann für „die letzte Phase eines Wachstumsprozesses, der zwar im Felsenbein normalerweise nicht vorkommt, dagegen in anderen Knochen die Regel bildet“. Durch diese Auffassung wird die Tatsache der Vererbbarkeit erklärt. Das Eintreten der Pubertät, wie das Wochenbett, welche beide Faktoren häufig den Beginn der Otosklerose bilden, können zu auslösenden Faktoren werden. Die Fälle von Otosklerose, bei welchen man keine Vererbung nachweisen kann, erklärt der Verf. durch „latente Vererbung“, welche durch eine Determinante irgend eines Ahnen manifest geworden ist. Prophylaktisch empfiehlt der Verf., den durch Otosklerose schwerhörig Gewordenen von der Ehe abzuraten. Ebenfalls muß dies bei den noch nicht schwerhörigen weiblichen Nachkommen der Otosklerotischen geschehen, weil jede Schwangerschaft die latente Determinante wirksam machen kann.

A. Sonntag.

Posthumus Meyes, Eenige beschouwingen naar aanleiding van een honderdtal Mastoid- en Radicaaloperaten. (Einige Bemerkungen nach der Erfahrung bei 100 Mastoid- und Radikaloperationen. (Ned. Tydschr. v. Gen. 1905. Bd. 1. S. 421.) M. behandelt die Frage, wann beim akuten Ohrleiden eingegriffen werden soll, und wie lange beim chronischen Ohrleiden expektativ gehandelt werden kann.

Jeder akute Ohrkatarrh beim Kinde mit akuter Infektionskrankheit soll mit der größten Sorgfalt behandelt werden. Er warnt vor Luftdusche und Einspritzungen. Die vis medicatrix naturae sei gerade bei diesem Leiden sehr kräftig. Bei Kindern ist eine akute Schwellung der präaurikulären Drüsen ein ungünstiges Zeichen. Operiert werden soll bei permanentem Druckschmerz hinter dem Ohre, wenn dabei die obere Wand des Gehörgangs etwas hinabgesunken ist. Doch meint M., daß trotz drohender Symptome, ein expektatives Verfahren am Platze sein kann.

Eine Indikation zur Radikaloperation ist sicher konstatierte Karies, welche sich bisweilen kundgibt durch plötzlich eintretende Fazialisparalyse. Tritt diese ein und zeigen sich daneben Anfälle von

Schwindel und eventuelles Erbrechen, dann soll sofort operiert werden, weil diese Symptome eine schnelle Ausbreitung der Entzündung anzeigen.

Bei den chronischen Otorrhöen, und zwar bei Attikuseiterung mit ziemlich normaler Gehörschärfe, trat bei expektativer Behandlung öfters Heilung ein und zwar in Fällen, wo theoretisch hätte operiert werden müssen. Bei Kindern wurde der Annulus tympanicus mit den Gehörknochen intakt gelassen, solange ihre Beteiligung an der Karies nicht sichergestellt war.

Bei Gehirnabszeß und Hirnthrombose kann, solange diese nicht von Meningitis kompliziert sind, sofortiges Eingreifen lebensrettend sein. Erscheinungen von Meningitis bilden aber keine Kontraindikation, weil die Differentialdiagnose zwischen Abszeß und Meningitis kaum möglich ist. Für die Diagnose Hirnabszeß hat ein langsamer Puls mehr Wert, als eventuelles Fehlen einer Stauungspapille.

Graanboom (Amsterdam).

Domenico Tanturri, Pathogenese der akuten eitrigen Mittelohrentzündung bei Kindern. (Gazzetta internazionale di Medicina. Juni 1905.) Mittels eines von ihm geschilderten Verfahrens hat Verf. bei Kaninchen den hinteren Teil der Nase und die Tubenmündung durch Gummiröhrchen verschlossen und gefunden, daß die Umwandlung der Tuba Eustachii in eine nach dem Nasenrachenraum abgeschlossene Höhle konstant eine eitrige akute Otitis zur Folge hat. Er setzt dies im Vergleich dazu, wie die Occlusion des Wurmfortsatzes eine Appendizitis bewirkt. In einer Serie operierter Kaninchen hat er den Prozeß von der einfachen Hyperämie der Mittelohrschleimhaut bis zur Bildung des Abszesses verfolgen können. F.

Alexander, Über die Verwendbarkeit des Sublamins bei Ohrerkrankungen. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1905. Nr. 6.) Das Sublamin (Quecksilbersulfat-Äthylendiamin) wurde 1900 in Form eosingefärbter Pastillen von der Fabrik Schering (Berlin) als nicht reizender Ersatz des Sublimats empfohlen. Die Resultate der praktischen Untersuchung an der Universitäts-Ohrenklinik in Wien sind folgende: Als Antiseptikum für die Hände erwies sich das Mittel vollkommen reizlos und für die Haut unschädlich. Gut vernickelte Instrumente werden durch eine Lösung nicht geschädigt, nur tritt an den Stellen, wo der Nickelbelag verletzt ist, eine Anätzung des Metalls ein. Lösungen von 1:1000 ergaben bei chronischen Ohreiterungen mit Spritze oder Irrigator appliziert Beseitigung des fötiden Geruchs des Eiters nach 1—2 Tagen, im Verlauf der ersten Woche konnte deutliche Beschränkung der Sekretion erzielt werden, in einzelnen Fällen nahm die Sekretion sehr schnell ab und war am neunten Tage verschwunden. Besonders günstig ist das Ausbleiben jeglicher Reizerscheinung im Gehörgang, selbst bei vorhandenem Ekzem des Gehörgangs wurde das Sublamin anstandslos vertragen, das Ekzem heilte unter separater Behandlung vollkommen aus. Auf der Rachen- oder Nasenschleimhaut erzeugt das Mittel ein manchmal mehrere Stunden anhaltendes lebhaftes Brennen, so daß, wenn auch toxische Wirkungen nicht zu befürchten sind, bei Verwendung des Sublamins in der

Paukenhöhle bei weiter Tube oder in der Tube selbst zur Vorsicht geraten werden muß. A. Sonntag.

Gomperz, Zur Sterilisierung der Tupfer, Pinsel und Einlagen für Ohr und Nase. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 51. Heft 1.) Im Anschluß an die Mitteilung Saniters, der die Verwendung von Asbesttupfern, die vor dem Gebrauch in der Flamme ausgeglüht werden, empfahl, beschreibt G. sein Verfahren der Sterilisierung von Tupfern und Pinseln, wie er es seit Jahren übt. Der Wattetupfer wird nach Bedarf mit reinen Händen aus steriler Watte in der für den vorliegenden Fall notwendigen Form gedreht, und dann nach Art der sterilen Eprouvetten über dem Zylinder einer Lampe oder über einer Spiritusflamme abgebrannt. Dabei verbrennt die äußere Schicht rasch, nach 2—3 Sekunden löscht man die Flamme durch starkes Schwenken, und man hat einen von allen abstehenden Fasern befreiten, wohl gerundeten Tupfer, der, wie die bakteriologische Untersuchung erhärtet, vollständig keimfrei ist. Die Watte wird durch den Vorgang schmiegsamer und erhält eine erhöhte Imbibitionsfähigkeit. Der Asbest kann die Watte nicht ersetzen, weil der Faden bedeutend spröder und brüchiger als der Wattefaden ist und Teile an den Fingern und der gepinselten Schleimhaut hinterläßt. A. Sonntag.

Keppler, Die Behandlung eitriger Ohrerkrankungen mit Stauungshyperämie. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1905. Bd. 1. Heft 3.) Die Erfolge der Stauungsbinde bei akuten Entzündungen an den Extremitäten veranlaßten die Bonner chirurgische Klinik zur Anwendung der Stauungshyperämie bei den eitrigen Entzündungen des Mittelohres während der letzten 1 1/2 Jahre. Alle ohne Ausnahme wurden mit Stauungshyperämie behandelt, ob sie in akutem oder chronischem Stadium sich befanden und ob sie unkompliziert oder mit Erkrankungen des Warzenfortsatzes kompliziert waren. Die Technik des Verfahrens war folgende. Ein einfaches Baumwollgummiband von 3 cm Breite (bei Kindern 2 cm), welches zur Schonung der empfindlichen Haut des Halses mit einer einfachen Lage einer Mullbinde unterfüttert wurde, wurde unter gelindem Druck nach Art eines Stauungsbandes um den Hals des Patienten gelegt. Eine Anzahl Haken und Ösen ermöglichten Veränderung des Druckes. Die Binde wird im allgemeinen dann richtig liegen, wenn „das Gesicht des Kranken sich leicht bläulichrot verfärbt und ein etwas geschwollenes, gedunsenes Aussehen darbietet“.

Während die Resultate, die bei den chronischen Fällen erzielt wurden, absolut nicht ermutigend sind, sind sie bei den akuten Fällen glänzend und geradezu verblüffend.

In den elf mitgeteilten akuten Fällen trat ohne Operation am Knochen — es wurde einige Male nur durch eine 1—2 cm lange Inzision auf der Höhe der Fluktuation bis auf das Periost eingegriffen — glatte Heilung ein, trotzdem alle Patienten zwecks Aufmeißelung der Klinik überwiesen worden waren. Wenn in einem Falle nach einem 1(!)cm langen Einschnitt durch die stark verdickten und abgedrängten Weichteile und nach Spaltung des Periosts „die Sonde an diversen Stellen in den zerstörten Knochen des

Felsenbeins hineinfällt", und eine Heilung nur unter Stauungsbehandlung ohne Tamponade, Auskratzung usw. nach 4 Wochen eintrat, so muß man dem Verf. allerdings Recht geben, daß „durch die Stauungsbehandlung so ziemlich alles umgestoßen wird, was als unerschütterlich feststehend in der Beurteilung und Behandlung akuter Eiterungen gegolten hat". Jedoch erscheint bei der enormen Wichtigkeit dieses Themas eine vorsichtige Beurteilung und sorgfältigste Nachprüfung an großem Materiale erforderlich, ehe man behaupten kann, daß die „Resultate der Stauungsbehandlung hinter denen bisher nur mit Hammer und Meißel erreichbaren in nichts zurückstehen". Jedenfalls muß man bei dem häufigen Zusammentreffen intrakranieller und pyämischer Komplikationen bei akuten Eiterungen und den glänzenden Erfolgen der Chirurgie bei diesen Affektionen vorläufig noch den geschilderten Resultaten mindestens skeptisch gegenüberstehen. Jedenfalls liegt eventuell die Gefahr vor, bei lebensbedrohenden Komplikationen durch Verschleierung des Bildes den rechten Augenblick zur Operation zu verpassen. A. Sonntag.

Lebram, Über Spontanblutungen infolge von Arrosion des Sinus transversus bei Scharlachotitis. (Zeitschr. f. Ohrenh. 1905. Bd. 1. Heft 1.) Beide Fälle wurden an der Breslauer Universitätspoliklinik beobachtet. Der erste betraf einen 7 jährigen Knaben, welcher an Scharlach mit ziemlich schweren Allgemeinsymptomen erkrankt war. Eine rechtsseitige Otitis mit Warzenfortsatzbeteiligung nötigte zur Aufmeißelung des Processus, wobei der Sinus auf eine kleine Strecke freigelegt wurde. Die Wand desselben sah gesund aus. 10 Tage nach der Operation trat ohne jede äußere Veranlassung eine Blutung aus dem Sinus auf, welche auf Tamponade stand. Bei dem Verbandwechsel nach drei und nach vier weiteren Tagen erneuerte sich die Blutung, erst nach 11 Tage langem Liegenlassen des Verbandes stand sie. Als Folge des langen Liegenbleibens des Verbandes hatte sich eine leichte Pyämie und ein metastatischer Abszeß am linken Oberschenkel eingestellt. 2. Fall. Ein 11 jähriger Knabe litt an Scharlach mit außerordentlich schwerer Allgemeininfektion. Schon am Aufnahmetage bestand erhebliche Trübung des Sensoriums. Der linke Warzenfortsatz mußte aufgemeißelt werden, und bot das typische Bild einer Scharlachnekrose. Der stark vorgelagerte Sinus wurde an einer Stelle freigelegt, die Wand erschien vollkommen normal. 3 Tage nach der Operation trat plötzlich eine starke Sinusblutung auf, welche sich am nächsten Tage wiederholte. Die Quelle war eine Perforation der Sinuswand an der freigelegten Stelle. Am 15. Tage nach Beginn der Erkrankung ging der Knabe an Encephalitis acuta zugrunde. A. Sonntag.

Frank B. Spragne, Scarlatinal Otitis. (American Journal of the Medical Sciences. Sept. 1905.) Eine ernste Mahnung an die Ärzte, welche noch immer expektativ verfahren in der Behandlung der Otitis bei Scharlach.

Klinisch lassen sich drei Formen von Scharlachotitis unterscheiden: 1. Die akute seröse Otitis. 2. Die akute eitrige Form. 3. Die akute nekrotische Form. Bei kräftigen Kindern von guter

Resistenz sehen wir die leichteren Formen auftreten; dagegen bei Kindern mit skrofulösen und anderweitigen allgemeinen Diathesen kommen die schwereren Formen zur Beobachtung.

Die Behandlung soll keine abwartende sein. Der Arzt soll die Ohren sorgfältig beobachten und bei auftretender Entzündung frühzeitig inzidieren, statt zu warten, bis ein spontaner Durchbruch stattgefunden hat.

Verf. warnt auch vor den üblichen Ausspülungen bei serösem Ausfluß, wodurch oft eine sekundäre Infektion hinzutritt. Nur bei eitrigem Fluß aus dem Ohre darf gespült werden.

Man vergesse nicht, daß der Ausfluß höchstwahrscheinlich die Übertragung des Scharlachs vermitteln kann und treffe entsprechende Verhütungsmaßregeln.

Leo Jacobi (New York).

R. Quest, Zur Therapie des Scharlachs. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 25.) Es wurden 21 scharlachkranke Kinder injiziert, 11 mit dem Bujwidschen, 10 mit dem Moserschen Serum. Q. gibt die betreffenden Krankengeschichten und fügt folgende Epikrise hinzu:

„Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, haben wir die Serumbehandlung im Gegensatze zu anderen nicht ausschließlich bei Fällen mit zweifelhafter und letaler Prognose, sondern auch bei leichteren in Anwendung gebracht; denn auch der Verlauf der letzteren ist für die Beurteilung des Wertes der Therapie von Wichtigkeit.

Wenn wir die mit Bujwidschem Serum behandelten Fälle überblicken, so finden wir nur einmal (Abfall von 2,5° in 24 Stunden) einen günstigen Einfluß auf den Fieberverlauf; bei einem zweiten Falle trat die Entfieberung erst am dritten Tage ein, bei den anderen Fällen war gar kein Effekt auf die Körpertemperatur zu bemerken.

2mal trat Serumexanthem, 2mal Albuminurie und ebensooft Nephritis auf. Halsdrüsenschwellung wurde wiederholt beobachtet. In zwei Fällen entwickelte sich Otitis.

Von den beiden Fällen, welche letal ausgingen, zeigte der eine einen sehr protrahierten, schweren Verlauf, bei dem zweiten konnte man sich nicht der Ansicht erwehren, daß die ausgedehnte Phlegmone an der Injektionsstelle (deren Eiter Streptokokken fast in Reinkultur enthielt) zum tödlichen Ausgange beigetragen haben mag. Auffallend war übrigens, daß sich nach Bujwidschem Serum in der Mehrzahl der Fälle an der Injektionsstelle Infiltrate entwickelten, die einigemal auf Umschläge mit essigsaurer Tonerde zurückgingen, einigemal aber eröffnet werden mußten.

Unter den mit Moserschem Serum gespritzten Fällen finden sich drei mit letalem Ausgange. Zwei von diesen Kindern starben fast unmittelbar nach der Injektion, ein Fall war überdies mit schwerer Tuberkulose kompliziert. Von den übrigen sieben Fällen wurden bei zweien Temperaturabfälle um 1,8, bzw. 0,9° in 24 Stunden beobachtet, in zweien trat die Entfieberung erst am vierten Tage nach der Injektion ein, in den anderen war keinerlei Einfluß auf das Fieber zu konstatieren. Serumexantheme stellten sich 3mal ein.

Eine ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens konnte nur in wenigen Fällen konstatiert werden. Die Entwicklung des Exanthems wurde niemals verhindert; sie wurde in einigen Fällen, und zwar nach beiden Serumarten, sogar intensiver. Auch die Entzündung der Rachenorgane nahm trotz der Injektion ihren weiteren Verlauf. Der Krankheitsverlauf dreier Geschwister, von welchen eines mit Wiener, eines mit Krakauer Serum und das dritte ohne Serum behandelt wurde, zeigte keinen erheblichen Unterschied.

Auch bei den leichteren Fällen konnte man keinen eklatanten Erfolg des Serums konstatieren (nur einmal beim Kinde Margarete L. mit hochgradiger Tachykardie, welches anfangs zu großer Besorgnis Veranlassung gab, war die Besserung der Herzsymptome 2 Tage nach der Injektion mit Moserschem Serum auffallend). Aus den wenigen mitgeteilten Fällen läßt sich natürlich noch kein abschließendes Urteil über die Wirkung der Serumtherapie beim Scharlach ableiten, und in Ermangelung anderer Mittel wird bei verzweifelten Fällen die Serumbehandlung weiter versucht werden können. Wir sind aber bisher von einer nützlichen Wirkung des Bujwidschen und Moserschen Serums noch nicht überzeugt."

Auch über Körpergewichtszunahmen bei Scharlachrekonvaleszenten läßt sich Q. aus und gibt eine Tabelle von 15 Fällen, welche zeigt, daß die Körpergewichtszunahmen bei Scharlachrekonvaleszenten die normalen bei weitem übersteigen. Einen Einfluß des Alters auf deren Verlauf kann man nicht konstatieren. Der Beginn der Körpergewichtszunahme fällt meistens schon auf den 10. bis 14. Krankheitstag auch dann, wenn die Patienten noch nicht vollkommen entfiebert waren oder wenn sich Komplikationen geringen Grades, z. B. Serumexanthem, Otitis, Drüsenabszeß usw. einstellten.

Bemerkenswert ist nun, daß die Kinder keine sogenannte „kräftige Kost" oder irgendwelche Nährpräparate erhielten, auch nicht zur Nahrungsaufnahme animiert wurden, sondern nur eine einfache, aus Milch, Kaffee, Semmel oder Zwieback, Suppen und Brei bestehende Nahrung vorgesetzt bekamen, welcher erst bei weit fortgeschrittener Rekonvaleszenz täglich eine einmalige Fleischportion hinzugefügt wurde. Diese Erfahrungen sind gut geeignet, der noch vielfach verbreiteten Ansicht entgegenzutreten, daß die Rekonvaleszenten einer besonderen Diät bedürfen.

Grätzer.

W. K. Menschikoff, Zur Serumtherapie des Scharlachs. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Kasan.) (Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1905. Nr. 49 u. 50.) Das Serum wurde in 30 Fällen angewandt, 10 mal das Mosersche, 20 mal das von Sawtschenko in Kasan dargestellte. Sein Einfluß äußerte sich zunächst darin, daß der Verlauf des Scharlachs ein günstigerer wurde. In der Mehrzahl der Fälle sank die Temperatur kritisch noch 1—1 $^{1}/_{2}$ Tagen um 2—3°. Nach 12—24 Stunden besserte sich das subjektive Befinden, Somnolenz und Delirien hörten auf, Appetit stellte sich ein. Das Serum wirkt zweifellos antitoxisch und hat nicht nur Einfluß auf die Allgemeinerscheinungen, sondern auch auf die örtlichen Veränderungen (Scharlachanginen). Je früher angewandt, desto eklatanter wirkt es.

Von Serumfolgen stellte sich am häufigsten (19 mal) das Exanthem ein, und zwar zumeist in Form von Urticaria oder Morbillen gegen Ende der zweiten Woche nach der Injektion. Grätzer.

R. Bukowski, Über das Mosersche Scharlachserum. (Aus dem schles. Krankenhause in Teschen.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) B. ist mit den Erfolgen der Serumtherapie sehr zufrieden gewesen und bezeichnet das Serum als wirksame Waffe gegen das Scharlachgift, als ein Mittel, das den Organismus befähigt, die Krankheit zu unterdrücken noch bevor sie eine bedrohliche Steigerung erfahren hat. Die Serumkrankheit, die öfters sich entwickelt, aber in mäßigen Grenzen bleibt, ist gern in den Kauf zu nehmen. Meist ist die Injektion von 200 ccm nötig (an zwei Stellen unter die Bauchhaut, rechts und links), bei leichteren Fällen und jüngeren Kindern genügen 100 ccm. Grätzer.

O. Garlipp, Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen polyvalenten Scharlachserum. (Aus der Univers.-Kinderklinik der Charité in Berlin.) (Die medizin. Klinik. 1905. Nr. 51.) G. hat bei neun Fällen von Scharlach das Mosersche Serum angewandt, aber keine befriedigenden Resultate erzielt, namentlich bei schwereren Fällen nicht. Bei leichteren ging ja einige Male das Fieber herunter und das Allgemeinbefinden besserte sich vorübergehend, aber diese Vorteile werden durch die unangenehmen Nebenwirkungen, welche große Serummengen häufig auslösen, schwer erkauft. Dabei wandte G. nur 150 ccm als Höchstmenge an, während man in Wien jetzt 200 ccm zu injizieren pflegt. Von den neun Fällen bekamen fünf Nephritis, eine Zahl, die den gewöhnlichen Durchschnitt weit übersteigt. Da Pirquet nach Serumeinspritzungen Albuminurie beobachtet hat, so kann die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, daß die durch Serum schon geschädigte Niere dem Scharlachgift weniger Widerstand entgegensetzen kann. Eine Beeinflussung des Exanthems durch das Serum war nie zu konstatieren, ebensowenig Besserung der Rachen- und Drüsenaffektionen. G. kann sich daher nicht entschließen, von dem Serum in seiner gegenwärtigen Form weiter Gebrauch zu machen. Grätzer.

J. Raczynski, Die Behandlung der Skarlatina mit Moserschem Serum. (Lwowski Tygodnik lekarski. 1906. Nr. 1, 2, 3.) Angeeifert durch die brillanten Erfolge der Diphtherieserumtherapie, ging man daran, die Serumtherapie auch bei der Skarlatina anzuwenden. Doch die Vorbedingungen waren verschieden. Während bei der erstgenannten Krankheit die genaue Kenntnis des Krankheitserregers der Einführung der Serumtherapie voranging, ist man über den Erreger der Skarlatina noch ganz im unklaren. Den Befunden Baginskys und Sommerfelds, die in allen darauf hin untersuchten Fällen im Blute bei verstorbenen Scharlachkranken Streptokokken fanden, stehen Jochmanns Ergebnisse entgegen, welcher gerade bei furibund verlaufenden Fällen keine Streptokokken im Blute vorfand; bloß in einzelnen, jedoch entweder mit Diphtherie, Lymphdrüsenaffektionen oder dergleichen komplizierten Fällen.

Sollten die Befunde **Baginskys** und **Sommerfelds** richtig sein, dann müßte der als Scharlacherreger angesprochene Streptococcus Eigentümlichkeiten erkennen lassen, die ihn von dem Streptococcus pyogenes differenzieren lassen, was aber bis jetzt nicht der Fall ist.

Auch klinische Beobachtungen sprechen gegen die Annahme dieses, dem Streptococcus pyogenes sehr nahe verwandten Krankheitserregers als Ursache des Scharlachs. Während einmaliges Überstehen des Scharlachs dem Patienten eine gewisse Immunität verleiht, rezidivieren leicht Rotlauf, Phlegmone u. dergl. Krankheiten, die durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen werden; ferner erkranken Kinder unter einem Jahr leicht an Erysipel oder Phlegmone, fast nie an Scharlach (**Heubner** sah unter 6 Monaten kein Kind an sicherem Scharlach erkranken. Ref.), schließlich werden Fälle von gleichzeitigem Auftreten von Erysipel und Skarlatina beobachtet.

(Ref. beobachtete einen Fall, woselbst nach einem Scharlach mit Diphtherie kompliziert, nach Injektion von **Behring**-Serum von der Injektionsstelle ausgehend sich nach beiläufig einer Woche ein regelrechtes wanderndes Erysipel entwickelte, dessen Heilung 6 Tage in Anspruch nahm.)

Diese Momente sprechen alle gegen die Annahme eines allenfalls dem Streptococcus pyogenes sehr nahe verwandten Virus als Krankheitserreger des Scharlachs. Zugegeben muß aber werden, daß das unbekannte Skarlatinavirus die Giftigkeit des Streptococcus pyogenes bedeutend erhöht, so daß wir die Scharlachsymptome eigentlich in zwei Gruppen teilen müssen: 1. solche, die das unbekannte Virus hervorruft und 2. solche, die als Folgezustand des Eindringens des Streptococcus pyogenes anzusehen sind. Die erstgenannten Symptome treten am deutlichsten auf bei den als Scarlatina fulminans bezeichneten Fällen, als wie heftiges Erbrechen, hohes Fieber, Exanthem, zerebrale Erscheinungen, wogegen die zweitgenannten als lokale Prozesse am Rachen, Nase, Ohr sich offenbaren.

Von diesen Prämissen ausgehend, werden wir von den Serum **Aronson**, **Marmorek**, **Menzer**, **Bujwid** keine Erfolge erwarten können, da dieselben bloß gegen die letztgenannten Erscheinungen wirksam sein könnten.

Moser stellt ein „polyvalentes" Serum her, und mit diesem stellte Verf. in 27 Fällen seine Untersuchungen an. Kriterium für die Anwendung des Heilmittels war nicht diese oder jene Krankheitsperiode; injiziert wurde das Serum in der Menge von 100 ccm bloß in den allerschwersten Fällen, wo die Prognose evident schlecht war. Von diesen 27 Fällen müssen sechs in Abrechnung gezogen werden, bei diesen trat Exitus vor Ablauf der ersten 24 Stunden nach Injektion ein, also bevor noch das Serum seine Wirksamkeit entfalten konnte.

Die restierenden 21 Fälle können in zwei Gruppen geteilt werden, 17 Fälle wurden der Behandlung unterzogen in der Periode der Komplikationen, hauptsächlich von seiten des Rachens; davon sind 7 Fälle gestorben, geheilt neun und ein Kind wurde von den Eltern vor Ablauf des Krankheitsprozesses nach Hause genommen; 4 Fälle,

der zweiten Gruppe angehörend, welche unkomplizierte jedoch durch die außerordentliche Schwere der Infektion charakterisierte Fälle betrafen, gingen alle in Genesung über.

Nach Berücksichtigung aller Momente kommt Verf. zum Schlusse, daß das Mosersche Serum einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Skarlatina ausübt; die Wirkungsweise beruht teilweise darauf, daß die Intensität der Symptome gemildert wird, teilweise in der Erzeugung der vermehrten Möglichkeit des Organismus, der drohenden lokalen und allgemeinen Infektion mit Streptokokken wirksam zu begegnen. Gabel (Lemberg).

Campe (Schnarsleben), Scharlachtherapie und Scharlachprophylaxe. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) C. berichtet über die bisherigen Erfolge mit dem vom Hygien. Laboratorium Marpmann in Leipzig hergestellten Scharlachserum, die ja noch nicht so zahlreich sind, daß ein endgültiges Urteil gefällt werden darf, die aber doch bereits unbedingt dazu ermutigen, dies Mittel zu versuchen. Der Hauptwert dieses Serums scheint offenbar in seiner prophylaktischen Wirksamkeit zu liegen. Grätzer.

Cnopf, Über den Einfluß des roten Lichtes auf Scharlachkranke, welcher im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurde. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 32.) An 14 scharlachkranken Kindern wurde beobachtet, daß mit dem Einwirken des roten Lichtes die Hautröte weicht und Abfall der Temperatur in fast kritischer Weise, sowie Entfieberung am 4.—6. Tage erfolgt. Rotlichtbehandlung erwies sich also durch den mildernden Einfluß auf das Initialstadium des Scharlachs als wichtiger therapeutischer Faktor. Grätzer.

Sörensen (Däne), Über die sogenannten „return cases“, d. h. von entlassenen Geschwistern angesteckte, im Hospital wieder aufgenommene Fälle bei Skarlatina. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 11.) Im Epidemiekrankenhause zu Kopenhagen bleiben die Scharlachpatienten 8 Wochen, doch sieht man verhältnismäßig oft, daß sie nach dem Entlassen ihre Geschwister zu Hause anstecken. Unter 10299 vom Jahre 1893 bis zu 1901 entlassenen Patienten waren 372 oder 3,6 % return cases; da natürlich nicht alle die angesteckten zum Hospital überführt werden (nur $^2/_3$ der sämtlichen angezeigten Fälle in Kopenhagen werden überhaupt hospitalisiert), ist diese Prozentzahl noch größer. Trotz den verschiedensten Methoden ist es nicht gelungen, dieses bedauernswerte Verhalten zu ändern und, solange man die Ansteckungsweise des Scharlachs nicht kennt, steht man dieser Sache ganz hilflos gegenüber. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Sörensen, Über sogenannte return cases — d. h. durch entlassene Geschwister angesteckte, dem Spitale zurückgeschickte Fälle — bei Scharlach. (Aus dem Blegdamspital in Kopenhagen.) (Therap. Monatshefte. März 1906.) Es wurde in einzelnen Jahren verschiedenes getan, um die Zahl der „return cases“ zu vermindern: Einrichtung einer „Entlassungsabteilung“, Sublimat-

bäder, Eukalyptuseinreibungen, Reinigungen von Nase und Schlund mit Kreolinwasser — alles vergeblich. Einzige Schutzmaßregel würde sein, die Kranken lange Zeit nach der Heilung zu isolieren, weit länger, als es jetzt geschieht. Aber bei nur einzelnen Patienten persistiert die Ansteckungsfähigkeit — dann aber oft recht lange —, bei den meisten nicht. Sollte man da alle Patienten diesem langen Isolierzwange unterwerfen? Kurz, wir stehen diesen Verhältnissen noch völlig hilflos gegenüber. Grätzer.

S. Sufrin (Jassy), Drei anormale Fälle von Scharlach bei drei Brüdern. (România medicala. 1905. Nr. 8.) Die drei im Alter von 6, 4 Jahren und 5 Monaten befindlichen Patienten, boten jeder eine andere Form der skarlatinösen Erkrankung dar, sowohl was das Exanthem, als auch was die Schwere des Verlaufes anbetrifft. Bei dem 6jährigen Knaben trat eine außerordentlich schwere und rasch verlaufende Skarlatina auf, mit stark ausgeprägtem Ausschlage, diphtheroidem Halsbelage und hoher Temperatur, die unter komatösen Erscheinungen nach 5 Tagen zum Tode führte. Der zweite Patient bot nur einige rotgeränderte, mit klarem Inhalte gefüllte Bläschen auf dem Gesichte dar, Schwellung und Röte der Mandeln, und nach 3 Wochen entwickelte sich Nephritis, welche in Heilung überging. Die Temperatur war immer eine mäßige gewesen, der Allgemeinzustand blieb gut. Endlich beim dritten, 5 Monate alten Kinde, war das Exanthem gering, dauerte kaum einen Tag, hingegen bestand starke Halsentzündung, hohe Temperatur und sehr frequenter Puls. Auch hier trat nach 5 Tagen Exitus ein. Diese drei im Laufe von einem Monate in derselben Familie aufgetretenen Fälle sind ein Beispiel für die große Diversität der skarlatinösen Erscheinungen und ein Beweis, daß auch Kinder im frühesten Alter von der Ansteckung nicht verschont bleiben. E. Toff (Braila).

L. Bleibtreu, Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach. (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 37.) Die erste Beobachtung betrifft ein Scharlachrezidiv am Ende der sechsten Woche. Es handelte sich um ein wahres Scharlachrezidiv, welches im großen und ganzen ebenso verlief wie der erste Anfall; nur hielt das Fieber etwas länger an und es trat eine leichte Gelenksaffektion und eine leichte Nephritis auf. Solche späte Rezidive sind sehr selten.

Die zweite Beobachtung betrifft eine Rekonvaleszentin nach Scharlach, welche frische Striae patellares aufwies. Patientin hatte einen ziemlich schnell und gutartig verlaufenden Scharlach gehabt ohne irgendwelche ernstere Komplikation. Derartige Striae kommen bei Scharlach gewöhnlich nicht vor, sie wurden bisher nach langdauernden, schweren, fieberhaften Krankheiten beobachtet, besonders nach Abdominaltyphus. Sehr auffällig war hier auch der Umstand, daß die Striae gleichzeitig und symmetrisch an den Kniegelenken und Glutäalgegenden sich etablierten. Die Ätiologie blieb rätselhaft. Grätzer.

O. Gross, Über Komplikation von Scharlach mit Ikterus. (Aus der medizin. Universitätsklinik zu Straßburg i. E.) (Münchener

med. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.) G. gibt die Krankengeschichten von zwei (erwachsenen) Scharlachkranken, die während des Scharlachs Ikterus bekamen. Es handelte sich nicht um jene schweren septischen Fälle, die ja oft Ähnlichkeit haben mit der akuten gelben Leberatrophie, sondern es waren leichte Fälle von Skarlatina, und der Ikterus verschwand nach einigen Tagen wieder. Es waren offenbar leichte Veränderungen im Verdauungskanal im Spiel, wie sie häufige Begleiterscheinungen des Scharlachs sind. Für den Zusammenhang mit Störungen des Verdauungstraktus sprach in einem Falle schon das Verhalten der Fäzes, aus dem man ein Stocken des Gallenabflusses in den Darm schließen durfte; vielleicht lag ein Katarrh der Gallenwege zugrunde.

Die Komplikation gehört zu den Seltenheiten. Unter 130 in den letzten 9 Jahren in der Klinik behandelten Scharlachfällen fand sie sich nur die zwei Male.

Grätzer.

Méry et **J. Hallé** (Paris), Les perforations du voile du palais dans la scarlatine. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 12.) Eine seltene und interessante Komplikation, die man im Laufe des Scharlachs beobachten kann, ist die ulzeröse Angina, welche zur Perforation des Gaumensegels führen kann. Der einzige und erste, welcher diese Veränderungen richtig gewürdigt hat, ist Henoch, indem er dieser Angina den Namen Angina necrotica gab, auch wies er auf die mitunter vorkommenden Perforationen hin.

Die in Rede stehende Angina ist eine Früherscheinung der Skarlatina; dieselbe erstreckt sich binnen wenigen Stunden von den Mandeln auf die Gaumenbögen, das Zäpfchen und den weichen Gaumen und hat das Aussehen einer diphtheroiden Erkrankung. Nichtsdestoweniger handelt es sich nicht um Pseudomembranen, sondern die Schleimhaut ist infiltriert, stößt sich später ab und es bildet sich ein mehr oder weniger tiefes Geschwür mit scharfen Rändern, ovaler Form und einem graulichen Belag. Manchmal findet man nur ein einziges Geschwür, in anderen Fällen zwei, die gewöhnlich symmetrisch, auf beiden Seiten des Gaumensegels, ihren Sitz haben. Sind die Geschwüre tief, so kommt es zur Durchbohrung derselben; es ist wichtig, zu wissen, daß dies ohne jedwedes besonderes Symptom vor sich geht, indem weder näselnde Sprache, noch irgendwelche andere Sprachstörung zu bemerken sind. In den meisten Fällen, in welchen man Perforationen zu beobachten Gelegenheit hat, handelt es sich um sehr schwere Scharlacherkrankungen und der Ausgang ist ein tödlicher; in den seltenen Fällen, in welchen dies nicht stattfindet, sieht man die Perforation sich unter Narbenbildung spontan schließen.

Die Verff. haben die selbstbeobachteten Fälle von Gaumenperforation bakteriologisch untersucht und in keinem Löfflersche Bazillen gefunden; hingegen findet man zahlreiche Kokken, wie solche meist in zerfallenden Geweben gefunden werden und mitunter Streptococcus pyogenes. Anaerobe Mikroorganismen wurden nicht gefunden, wodurch der Prozeß von den gewöhnlichen Gangränen - zu unterscheiden ist. Die interessante Arbeit, die im Original nachgelesen

werden sollte, enthält acht Krankengeschichten, von denn sechs den Verff. angehören. E. Toff (Braila).

Manicatide (Jassy), Die Dauer der Inkubation beim Scharlach. (România medicala. 1906. Nr. 2.) M. hat in fünf genau beobachteten Fällen von Scharlach, in welchen die betreffenden Kinder nur einmal in Berührung mit Skarlatinösen gekommen waren, die Inkubationsdauer der Krankheit von 6—7 Tagen gefunden. Die Krankheit trat nach 6 Tagen auf und am siebenten Tage entwickelte sich das Exanthem. Die angegebene Inkubationsdauer wird auch von anderen Autoren angeführt, doch besteht im großen und ganzen keine diesbezügliche Übereinstimmung, da in manchen Beobachtungen eine kürzere, in anderen wieder eine längere Inkubation gefunden wurde. M. schließt daraus, daß die Inkubationsdauer keine gleichbleibende Größe sei, daß aber bei denselben Epidemien und bei gleichbleibenden Beobachtungen identische Zahlen gefunden werden.

E. Toff (Braila).

Alice Hamilton, Milk and Scarlatina. (American Journal of the Medical Sciences. November 1905.) Die Verbreitung des Scharlachs durch Milch ist oft behauptet und angenommen worden.

Verfasserin hat die wichtigsten Literaturangaben zusammengetragen und gelangt zu dem Schluß, daß eine derartige Verbreitung sehr wohl stattfinden kann. Milch scheint einen guten Nährboden für den Erreger des Scharlachs zu bieten.

Jedoch sind viele bisherigen Berichte über Epidemien dieser Krankheit mit Unrecht auf Milchtrinken bezogen worden. Man hat nämlich bemerkt, daß Kühe an einer dem Scharlach ähnlichen Affektion leiden können und folgerte daraus, daß diese Affektion auf den Menschen übertragbar und mit Skarlatina identisch sei.

Dem ist aber nicht so. Kühe werden vom Scharlach nicht befallen, aber sie leiden manchmal an Sepsis und Pocken, was eben zu jener falschen Annahme verleitet hat. Die Milch solcher kranken Kühe kann beim Menschen keinen Scharlach verursachen.

Wohl aber können Scharlacherreger in Milch gelangen und dann weiter verschleppt werden, da das Scharlachgift in der Milch zu gedeihen scheint.

Die prophylaktische Tragweite dieser Tatsache ergibt sich von selbst. Leo Jacobi (New York).

B. Salge, Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen? (Aus der Kgl. Universitätskinderklinik in Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 36.) Eine 17jährige Mutter wurde am 24. II. 1905 als Amme mit ihrem 10 Tage alten Kinde auf die Säuglingsstation gebracht. Am 24. III. erkrankte sie an Scharlach und hatte 4 Tage lang Temperatur von 39—40° und erst am neunten Tage wieder normale Temperatur. Bis zum vierten Krankheitstage war sie imstande, das Kind an der Brust zu sättigen, dann erst mußte die Flasche beigegeben werden, und am siebenten Tage blieb die Milch aus. Am elften Tage stellte sich die Milchsekretion wieder ein; zunächst wurde wieder Allaitement mixte eingeleitet, nach und nach vermehrte sich die Milch wieder und 26 Tage nach Beginn des

Scharlach konnte wieder ausschließlich an der Brust genährt werden, das Kind gedieh recht gut.

Der Fall zeigt, daß bei gutem Willen und rationellem Vorgehen die scharlachkranke Mutter die Ernährung ganz gut fortsetzen kann (sehr schwerer Scharlach wird natürlich dies nicht gestatten!), ohne daß sie selbst oder das Kind Schaden erleidet. Das Kind ist im ersten Halbjahr gegen Scharlach so gut wie immun.

Auch andere akute Erkrankungen der Mutter, z. B. Masern, Diphtherie dürften an sich keinen Grund gegen das Stillen abgeben; bei letzterer Krankheit ist der Säugling allerdings durch Serum zu schützen.

Die einzige Erkrankung der Mutter, die prinzipiell das Anlegen des Kindes verbietet, ist die Tuberkulose. Grätzer.

F. Bourganel, Prophylaxie de la Diphthérie. (Thèse de Paris. 1905.) Der Verf. hat auf Anregung Netters Untersuchungen über die Schulprophylaxis der Diphtherie angestellt und gefunden, daß die alten Mittel, Schließung und Desinfektion, illusorisch sind, da auf diese Weise dem Ausbruch einer Epidemie nicht vorgebeugt werden kann. Zu diesem Behufe ist es am zweckmäßigsten, gleich nach Erscheinen der ersten Diphtheriefälle alle Schulkinder mit Antidiphtherieserum prophylaktisch einzuspritzen. Dieses Vorgehen sollte obligatorisch eingeführt werden und hierzu ein regelmäßiger ärztlicher Dienst, welcher alle öffentlichen und privaten Normalschulen umfassen soll, eingeführt werden. E. Toff (Braila).

Ant. Scheiber, Ein Beitrag zur Prophylaxis bei Diphtheritis. (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.) Aus den an einer Epidemie in Zipf in Oberösterreich gemachten Erfahrungen zieht S. folgende Schlußforderungen:

1. Die Infektiosität der Erkrankung ist eine hochgradige; günstige hygienische Verhältnisse in bezug auf Wohnung usw. haben auf die Ausdehnung derselben keinen wesentlich hemmenden Einfluß.

2. Die Isolierung der Erkrankten, sowie die Desinfektion der Wohnräume und Krankenzimmer, hat für die Bekämpfung einer Diphtherieepidemie bei Berücksichtigung der ländlichen Verhältnisse nur beschränkten Wert.

3. Durch ausgedehnte Präventivimmunisierung wird nicht bloß die Gefahr der Erkrankung gebrochen, sondern der Epidemie selbst am raschesten ein Ende bereitet. Grätzer.

Ellore Bargellini, Beitrag zum Studium der Serumprophylaxe der Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. März 1905.) Verf. hat bei einer Diphtherieepidemie zu prophylaktischen Zwecken ein aus dem Turiner Institut stammendes Serum von 150 bis 200 I.-E. bei 45 Kindern in 19 Familien angewandt; von der Krankheit verschont blieben 34 Kinder in 17 Familien; in einer Familie erkrankten zwei, in einer andern neun Kinder an Diphtherie. In allen diesen Fällen verlief die Diphtherie in sehr kurzer Zeit und hatte einen sehr gutartigen Charakter. F.

B. Fischer, Die Bekämpfung der Diphtherie mit Berücksichtigung der bei einer Epidemie in einem Automatenrestaurant gemachten Erfahrungen. (Aus dem hygien. Institut der Universität Kiel.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 6 u. 7.)

F. ist für sehr energische prophylaktische Maßnahmen, da durch solche allein etwas ausgerichtet werden kann. Er sagt:

„Unsere bisherigen prophylaktischen Maßnahmen, welche im wesentlichen darin bestanden, daß die von den Ärzten als diphtheriekrank Erkannten und Gemeldeten bis zur völligen Genesung abgesondert wurden, wobei der Auswurf desinfiziert und zum Schluß gewöhnlich eine Desinfektion des Krankenraumes, der vom Kranken benutzten Wäsche, Kleider und Gebrauchsgegenstände, sowie des Genesenen selbst erfolgte, sind zweifellos von Nutzen gewesen, so daß wir uns für berechtigt hielten, das überall bei uns in den letzten beiden Dezennien beobachtete Zurückgehen der Diphtherie zum Teil wenigstens damit zu erklären. Aber es sind doch auch Fälle beobachtet worden, in denen nach Aufhebung der Isolierung und erfolgter Desinfektion die Krankheit in derselben Familie, Haushaltung usw. von neuem auftrat. Während man anfangs derartigen Erfahrungen ziemlich ratlos gegenüberstand, fällt heutzutage ihre Erklärung nicht schwer. Wissen wir doch jetzt, daß wir unsere an sich gewiß brauchbaren Maßnahmen nur auf einen Teil der Infektionsquellen und auf diese gewöhnlich nicht lange genug angewandt haben. Die nicht in ärztliche Behandlung gekommenen, die klinisch nicht diagnostizierten Diphtherieerkrankungen sind bisher unberücksichtigt geblieben, ebenso die genesenen und die gesunden Bazillenträger. Ein Weiterumsichgreifen der Diphtherie können wir aber nur vermeiden, wenn wir alle Infektionsquellen ausfindig machen und mit den prophylaktischen Maßnahmen nicht eher aufhören, als bis sie alle versiegt sind. Dazu gehört, daß wir die Umgebung Diphtheriekranker auf noch vorhandene oder schon abgelaufene diphtherieverdächtige Erkrankungen einerseits, auf gesunde Diphtheriebazillenträger andererseits gründlich absuchen.

Man darf dabei nicht nur die in ärztlicher Behandlung Gewesenen berücksichtigen, sondern auch diejenigen, welche sich wegen geringfügiger Beschwerden usw. gar nicht an den Arzt gewandt haben und man muß sein Augenmerk nicht nur auf Erkrankungen des Schlundes bzw. Rachens, sondern auch auf solche der Nase, des Mittelohrs, der Augenbindehaut, der Vulva usw. richten. Von allen derartigen aufgefundenen Kranken bzw. Genesenen, von allen Nichterkrankten, ferner die mit Kranken oder Genesenen in nähere Berührung gekommen waren, ist durch bakteriologische Untersuchung festzustellen, ob sie zu den Infektionsquellen zu rechnen sind, d. h. ob sie entwicklungsfähige Diphtheriebazillen in ihrem Körper beherbergen.

Alle Kranken, Genesenen bzw. Nichtkranken, bei denen Diphtheriebazillen gefunden werden, sind aber zu isolieren oder doch wenigstens in ihrem Verkehr derartig zu beschränken, daß der Übergang der Krankheitserreger auf weitere Personen ausgeschlossen ist.

Gleichzeitig ist durch eine lokale Behandlung mit Desinfizientien die Abtötung der Diphtheriebazillen auf den in Betracht kommenden Schleimhäuten usw. anzustreben. Hierzu scheint sich das von Löffler

für die lokale Behandlung der Rachendiphtherie experimentell und in der Praxis erprobte Mittel besonders zu empfehlen. Es wird womöglich mehrmals täglich angewandt.

Neben der lokalen Behandlung hat eine fortlaufende Desinfektion der bazillenhaltigen Ausscheidungen (Auswurf, Nasenschleim, Ohren-, Konjunktival-, Vaginal-, Wundsekret usw.) und der damit in Berührung gekommenen Personen und Sachen stattzufinden.

Isolierung, lokale Behandlung und fortlaufende Desinfektion müssen so lange fortgesetzt werden, bis die in regelmäßigen Intervallen ausgeführte bakteriologische Untersuchung wenigstens zweimal hintereinander zur Auffindung der Diphtheriebazillen nicht mehr geführt hat. Erst jetzt folgt noch die Schlußdesinfektion, die sich auf den Körper, die Wäsche, Kleider, Betten, das Geschirr und die sonstigen Gebrauchsgegenstände, sowie auf den Krankenisolier- bzw. Aufenthaltsraum der Genesenen bzw. der ehemaligen Bazillenträger zu erstrecken hat."

Daß solche Maßnahmen in der Praxis auf Schwierigkeiten stoßen werden, darüber ist sich F. klar. Aber sie lassen sich doch einigermaßen durchführen, und zwar mit Erfolg, wie F. an einem Beispiel zeigt. Dadurch, daß eine ganze Anzahl junger Leute, die in einem Restaurant verkehrten, hintereinander an Diphtherie erkrankten, wurde man auf dieses Lokal als Infektionsquelle aufmerksam, und bei der darauf eingeleiteten Untersuchung ergab sich, daß auch eine Anzahl der in diesem Restaurant Bediensteten, wenn sie auch nur leicht erkrankt erschienen oder ganz frei von Krankheitserscheinungen waren, in evidentem Maße Bazillenträger waren, infiziert durch einen Kellner. Die energischen Maßnahmen, die daraufhin getroffen wurden, werden von F. geschildert. Grätzer.

H. Maag (Däne), Kann man eine Diphtherieepidemie durch präventive Injektionen von antidiphtheritischem Serum stoppen? (Hospitalstidende. 1906. Nr. 9.) Während einer Diphtherieepidemie in der kleinen Stadt Nästved wurden, wenn ein Fall in einer Familie entstand, alle die anderen Kinder, bisweilen der ganze Hausstand gespritzt. 2000 A.-E. wurden jedesmal injiziert. Von 423 Immunisierten bekamen nur drei Diphtherie bzw. am 35. und 56. Tage nach der Injektion. 10 % bekamen Serumexantheme. Mehrmals wurden die Eltern ergriffen, die immunisierten Kinder nicht. Der Verf. ist der Ansicht, daß es möglich ist, durch Injektion von 2000 A.-E. 5wöchentliche Immunität hervorzurufen, und wo man alle die gesunden auf einmal zu immunisieren vermag, ist es durch die Injektionen möglich, eine beginnende Diphtherieepidemie zu stoppen, wenn sie auf einem begrenzten Gebiet auftritt; eine Diphtherieepidemie, die auf einem größeren Gebiet auftritt, kann man dämpfen, wenn man in jedem einzelnen Fall den Hausstand des Ergriffenen immunisiert. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Maurizio Pincherle, Betrachtungen über die Anwendung der bivalenten Antidiphtheriesera Sclavo-Bandi. (Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.) In Italien sind zwei von Bandi und

Sclavo nach neuen Prinzipien hergestellte Antidiphtheriesera im Handel. Ein bivalentes, gleichzeitig antitoxisch und antibakteriell wirkendes Serum zur subkutanen Anwendung, das in zugeschmolzenen Glastuben verkauft wird, und ein vorwiegend bakterizid wirkendes, das durch Vorhandensein sehr energischer antiseptischer Substanzen wirksamer gemacht ist, zum Gebrauch für lokale Pinselungen auf primären diphtherischen Herden. Verf. berichtet über 17 mit diesen Sera behandelte Fälle und kommt zu dem Ergebnis, daß sowohl die lokale bakterizide Behandlung wie die gemischt antitoxisch-antibakterielle eine schnelle und energische therapeutische Wirkung hat bei Formen der Diphtherie, die nicht kompliziert sind durch geringe Widerstandsfähigkeit des Organismus oder durch schwere toxische Phänomene. Die Behandlung erwies sich als erfolglos, wenn der Organismus schon seit zu langer Zeit oder zu schwer intoxiziert war. Die lokale bakterizide Behandlung scheint geeignet, sowohl präventiv und prophylaktisch zu wirken, und von großer Bedeutung, um ein Weitergreifen des Prozesses zu verhüten. F.

Luigi Concetti, Die antibakteriellen Sera bei der Behandlung der Diphtherie. (Rivista di Clinica Pediatrica. Juni 1905.) Verf. hat sich eines von Belfanti und Bandi hergestellten Serums bedient, das im Gegensatz zu dem sonst gebrauchten nicht nur gegen das Diphtherietoxin sondern auch gegen die Bakterien wirken soll und zwar hat er es bei einfacher Lokalisation der Diphtherie im Rachen alle 2 Stunden lokal aufgepinselt oder auch stündlich 8—10 Tropfen in die Nase geträufelt. Nur in schwereren Fällen ist er zu subkutanen Injektionen geschritten. Bei diphtherischem Krupp, insbesondere mit Bronchopulmonalerscheinungen, hat er außerdem mittels einer Bageuxschen Spritze alle 3—4 Stunden 2,5 ccm in die Trachealkanüle oder den Kehlkopftubus eingeträufelt; bei nicht tracheotomierten oder intubierten Kindern geschah die Instillation direkt in den Kehlkopf. Die Erfahrungen, die Verf. mit der Anwendung dieses Serums machte, waren sehr günstige. F.

Enrico Gagnoni, Über ein antitoxisches und bakterizides Diphtherieheilserum. (Rivista di Clinica Pediatrica. April 1905.) Prof. Bandi hat ein Diphtherieserum erzeugt, dem sowohl antitoxische wie antibakterielle Wirkung zukommt. Er hat zunächst ein Serum hergestellt, das nur eine ganz geringe antitoxische Wirkung hat, und hat dieses fast ausschließlich antibakteriell wirkende Serum in einigen Fällen von Diphtherie mit Erfolg angewandt. Durch diesen Erfolg ermutigt, ist er dann an die Präparation eines gleichzeitig antibakteriell und antitoxisch wirkenden Serums gegangen, das im Gegensatz zu den gewöhnlich in Gebrauch befindlichen Präparaten eine erhebliche Menge spezifischer Antikörper enthält. Dieses Serum hat Verf. mit gutem Erfolg benutzt; er verspricht, über seine klinischen Erfahrungen später zu berichten. F.

Enrico Gagnoni, Das antidiphtheritische Serum mit antitoxischer und antibakterieller Wirkung bei der präventiven und kuresiven Behandlung der Diphtherie. (Rivista di Clinica

Pediatrica. Juni 1905.) Das antibakterielle Diphtherieserum wirkt auf die Diphtheriebazillen mittels der in ihm enthaltenen Antikörper. Wenn man nach Ablösung der Pseudomembran auf die erkrankte Stelle das Serum aufpinselte und dann nach 4—5 Stunden Abstrichpräparate machte, so sah man eine enorme Zahl mono- und polynukleärer Leukozyten und die Diphtheriekeime zum großen Teil von diesen aufgenommen und schlecht färbbar. Nach 12 Stunden waren die Leukozyten weniger zahlreich, aber die Keime waren sehr spärlich und voller schlecht färbbarer Granula. F.

Hj. Suber (Schwede), Zur Dosierung des antidiphtherischen Serums. (Hygiea. 1905. Nr. 6.) Der Verf. rät, große Dosen zu benutzen, in mittelschweren Fällen 3—4000, in schweren Fällen 5—15000 I.E. eines hochwertigen Serums. Auch zur präventiven Injektion wird große Dosis empfohlen. Große Dosen verhindern nach seiner Ansicht Lähmungen. Bei den schwersten Fällen empfiehlt er intravenöse Injektionen großer Dosen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Carlo Francioni, Über die Pathogenese der serotherapeutischen Zufälle. (Rivista di Clinica Pediatrica. April 1905.) Vorliegender Aufsatz ist eine kritische Studie über die Mitteilungen Marfans über das Blut mit Antidiphtherieserum behandelter Kinder, und die sich im wesentlichen mit denen von Wiener Pädiatern und vom Verf. ausgesprochenen Ansichten decken. F.

Cornelia de Lange, Recidivierend polymorph Serumexanthem. (Rezidivierendes polymorphes Serumexanthem.) (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1905. Bd. 1. S. 739.) Fälle von rezidivierenden nichtpolymorphen Exanthemen nach der Injektion von Diphtherieserum sind sehr bekannt. Im Falle L.s handelt es sich aber um ein bis jetzt nicht bekanntes rezidivierendes polymorphes Serumexanthem, welches den 8. und auch den 19. Tag auftrat nach der Injektion von Diphtherieheilserum. Graanboom (Amsterdam).

H. Lehndorff, Serumkrankheit nach wiederholten Seruminjektionen. (Aus dem Karolinen-Kinderspital.) (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Februar 1906.) L. hat die klinischen Beobachtungen von v. Pirquet und Schick über die Reinjektionen an 30 Fällen nachgeprüft und kam dabei zu Resultaten, die in allen wesentlichen Punkten mit den Angaben jener beiden Autoren völlig übereinstimmten. L. konnte das Auftreten von sofortiger Reaktion ganz konstant bei den Reinjektionen zwischen dem 10. und 35. Tage nach der ersten Injektion beobachten. Vorher war sie nicht zu konstatieren und nachher fand sie sich nur einmal als geringes Ödem am 102. Tage. Beschleunigte Reaktion trat konstant vom 46. Tage an auf und war sogar noch nach 8 Jahren charakteristisch vorhanden. Sofortige und beschleunigte Reaktion bei demselben Patienten hatte L. fast nie Gelegenheit zu sehen.

Bezüglich der einzelnen klinischen Symptome machte L. folgende Erfahrungen: Das spezifische Ödem trat besonders dort charakteristisch zutage, wo sich auf Injektion von wenigen Kubikzentimetern

eine mächtige Schwellung anschloß. Die sofortige Allgemeinreaktion kann fast nie in typischer Weise zur Beobachtung, da speziell der Ausbruch von Exanthemen häufig unterblieb; Fieber war stets vorhanden, und zwar zumeist nach einigen Stunden ein plötzliches Emporschnellen zu hohen Temperaturen mit mehr oder weniger beträchtlicher Störung des Allgemeinbefindens. Eine Albuminurie trat nur in einem Falle auf, wo die Serumerkrankung nach der ersten Injektion auch mit Eiweißausscheidung einhergegangen war. Was die beschleunigte Reaktion betrifft, so möchte auch L. den überstürzten Verlauf als pathognostisch bezeichnen. Auch hier kamen, wie bei der normalzeitigen Reaktion, alle Einzelsymptome in den verschiedenen Kombinationen zur Beobachtung — Fieber, Exantheme, Gelenkschmerzen, Ödeme und Drüsenschwellungen; selten kamen alle Erscheinungen gleichzeitig vor.

Besondere Erwähnung verdienten zwei Geschwister, die wiederholt wegen Diphtherie nach verschiedenen Zeitintervallen injiziert wurden; bei beiden trat beschleunigte Reaktion auf Injektion derselben Serumart und Menge nach gleicher Inkubationszeit und in gleicher unvollständig entwickelter Form auf, indem bei beiden am vierten Tage hohes Fieber, Albuminurie auftrat, aber kein allgemeines Exanthem, wodurch die Annahme einer familiären Disposition möglich erscheint. Manchmal treten unmittelbar im Anschluß an die erstmalige Injektion Zeichen von sofortiger Allgemeinreaktion auf: Fieber, Exanthem, Allgemeinerscheinungen; solcher Fälle hat L. drei gesehen. Dann berichtet er über zwei Fälle, die einen vom bekannten Typus der Serumkrankheit nach Erstinjektion abweichenden Verlauf zeigten, indem sie ungefähr das Bild der beschleunigten Reaktion boten. Ein eigentümliches Symptom kam bei einem Knaben zur Beobachtung: Ausbreitung des Ödems über das Skrotum und Anschwellung beider Nebenhoden. Bei einem anderen standen im Verlaufe der schweren Serumkrankheit besonders die Symptome von seiten der Gelenke im Vordergrunde; die Gelenkserscheinungen gingen allen übrigen Symptomen voran und traten bereits am vierten Tage nach der Injektion auf. In diesem Falle wurde auch ein Erguß ins Kniegelenk gefunden.

Auch „Formes frustes“ der Serumkrankheit konnten beobachtet werden. Weitaus am häufigsten war ein Serumfieber zu konstatieren, d. h. zwischen 8. und 13. Tag eine Temperaturerhöhung, meist einen Tag, seltener länger anhaltend. Oft ist dies das einzige klinische Symptom. Manchmal findet man gleichzeitig eine 1—2 Tage während Ausscheidung von Albumen, gar nicht selten eine Rhinitis oder Bronchitis, vereinzelt vorübergehende Gelenkschmerzhaftigkeit als einziges Symptom. Hier und da ist auch eine kurzdauernde Diarrhöe, oder Erbrechen, oder nur Unruhe u. dgl. an den „kritischen Tagen“ zu konstatieren.

Grätzer.

Julius Eröss, Über die Mortalität der Diphtherie und des Krupp in den größeren Städten Ungarns mit Rücksicht auf die Serumtherapie. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 60. Heft 4.) Die statistischen Erhebungen dehnen sich aus auf 35 Städte, von denen im Jahre 1901 nur vier eine Einwohnerzahl von unter 20000

hatten. Zum Vergleich wurden 24 Jahre Serumvorzeit mit hineingezogen. Während dieser 24 Jahre hatte Ungarn zwei große und schwere Epidemien durchzumachen. Um von diesen ein klares Bild zu bekommen, faßte E. die Daten zur Zeit der Diphtherieepidemien nicht etwa en masse zusammen, sondern hielt die einzelnen kleinen Gebiete, beispielsweise einzelne Städte, getrennt auseinander. In den meisten der Epidemienester ist das Letalitätsprozent dann am größten, wenn die Epidemie auf dem Gipfelpunkte ihrer Ausdehnung steht; mit Abnahme der Seuche beginnt es sich zu bessern und mit Aufhören des epidemischen Charakters der Krankheit sinkt es zumeist auf ein Minimum. Während der Epidemie ändert sich also der Genius epidemicus proportional zur Ausbreitung der Seuche. Der Beginn der bedeutenderen Abnahme des Letalitätsprozents fällt unter 30 Städten in neun auf 1895, mithin auf die Serumsvorzeit, findet dann ihre Fortsetzung zur Zeit der Anwendung der Serumstherapie und erreicht zu dieser Zeit ihr Minimum. An anderen Orten (von 30 in 11) fällt der Abfall mit Beginn der ausgedehnten Serumtherapie zusammen. Die Schwierigkeit in der Beurteilung der Serumtherapie liegt zum Teil darin, daß die ausgedehntere Anwendung der Serumtherapie gerade im Wellental begann, wo der epidemische Charakter beinahe in sämtlichen Epidemienestern aufgehört hatte und in einzelnen im Abklingen war, wo also der Genius epidemicus sich auch spontan gebessert hatte. Während also einerseits die Besserung der relativen Mortalität nicht direkt mit dem Einsetzen der Serumtherapie zusammenhängt, kann man diese Besserung doch auch nicht ausschließlich der Veränderung des Genius epidemicus zuschreiben. Während also die Tabellen für den Genius epidemicus entschieden beweiskräftig sind, kann von ihnen hinsichtlich des Wertes des Serums ein in Zahlen ausdrückbarer Beweis nicht abgelesen werden. Der Wert des Serums kann vielmehr nach des Verf.s Ansicht nur durch Beobachtung am Krankenbette entschieden werden. Hecker.

K. Zucker, 1. Über das Auftreten der Diphtherie im letzten Dezennium und ihre Sterblichkeitsverhältnisse. 2. Über den Effekt des Diphtherieserums bei wiederholter Erkrankung und Infektion. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.) In der erstgenannten Arbeit kommt Z. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Gesamtletalität der Diphtherie in Steiermark hat im Laufe des letzten Dezenniums ziemlich gleichmäßig abgenommen.

2. Hierfür entscheidend ist die zunehmende Verbreitung der Serumtherapie; denn der Prozentsatz der nicht spezifisch Behandelten ist eine Funktion der Letalitätszahl.

3. Der Krankheitscharakter der Diphtherie („Genius epidemicus“) hat sich im letzten Dezennium im ganzen nicht wesentlich geändert; denn

a) die Letalität der nicht spezifisch behandelten Fälle ist annähernd dieselbe geblieben;

b) die von vornherein bösartigeren Formen der Erkrankung (progressive und schwer toxische) sind — nach dem klinischen Material

in angegebener Weise beurteilt — im ganzen weder viel häufiger noch viel seltener geworden.

4. Auf die fortdauernde Abnahme der Diphtheriesterblichkeit im Spitale (10,9—3,4 %) sind insbesonders die günstigeren Ergebnisse der Kruppbehandlung von Einfluß.

In der zweiten Arbeit werden als Ergebnis der Nachforschung folgende Sätze aufgestellt:

1. Von den 2323 wegen Diphtherie behandelten Kranken kehrten bisher 21 (0,9 %) mit unzweifelhafter zweitmaliger und 3 (0,13 %) mit drittmaliger Diphtherieerkrankung wieder. Intervall zwischen erster und zweiter Erkrankung ist 1 Monat bis 5 ½ Jahre.

2. Der Typus der zweitmaligen, bzw. drittmaligen Erkrankung ist im Durchschnitt kein augenfällig leichterer als jener der ersten Erkrankung.

3. Die im wesentlichen auf spezifische Serumwirkung zurückzuführenden von uns registrierten Effekte der Behandlung traten bei wiederholter Erkrankung und Injektion in annähernd gleichem Maße ein wie bei der ersten Erkrankung. Grätzer.

G. Blum, Etude statistique et comparée de la diphthérie à l'hôpital Trousseau en 1903. (Thése de Paris. 1905.) In der Netterschen Abteilung im Hôpital Trousseau wurden die diphtheriekranken Kinder nicht nur mit spezifischen Serumeinspritzungen, sondern auch mit Kollargol behandelt, indem den leichter kranken Einreibungen von kolloidaler Silbersalbe, den schwerer kranken intravenöse Einspritzungen von Kollargollösung gemacht wurden. Im Vergleiche zu einem früheren Jahre, wo das Kollargol noch nicht zur Anwendung gelangt war, konnte eine geringere Mortalität der toxischen Anginen festgestellt werden. Die hypertoxischen Anginen zeigten eine Herabsetzung der Mortalität um 30 %. Da die Anwendung des Kollargols keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen hervorruft, so sollte das Präparat in allen Diphtheriefällen angewendet werden.

E. Toff (Braila).

Wilbur, Report on an epidemic of diphtheria. (California State Journ. of Med. Vol. III. Nr. 4. S. 111.) W. berichtet über seine Erfahrungen, die er bei einer Diphtherieepidemie gemacht hat. Besonders hervorzuheben ist der Rat, hohe Dosen von Diphtherieserum zu geben (4000—36000 Einheiten in einzelnen Fällen bei wiederholten Einspritzungen). Abgesehen von Urtikaria und geringer lokaler Empfindlichkeit beobachtete er keine besonderen Nebenerscheinungen. Er empfiehlt ferner auch prophylaktische Einspritzungen. Zur Desinfektion hält er die Formaldehyddesinfektion nicht ausreichend, wenn nicht daneben gleichzeitig Wasserdampf benutzt wird.

Schreiber (Magdeburg).

T. Fischer (Schwede), Über den Diphtherietod. (Hygiea. 1905. Nr. 9.) Im Epidemiekrankenhause zu Stockholm wurden vom 1. Oktober 1900 bis zum 1. Oktober 1904 7250 Patienten an Diphtherie behandelt, 341 starben. Der Verf. hat die Todesursachen für 287 dieser Fälle untersucht (die übrigen 54 waren solche, in welchen der Tod bei einer sekundär nach Masern oder Scharlach eintretenden

Diphtherie auftrat, oder in welchen die Diphtherie eine andere schwere Krankheit komplizierte, so daß die Todesursache zweifelhaft war). Es zeigte sich, daß unter 107 Fällen von Rachendiphtherie starben: 56 an frühzeitiger Allgemeinintoxikation, 4 an später Sepsis, 47 an später Parese; unter 180 Krupptodesfällen wurden 16 durch frühzeitige Allgemeinintoxikation, 8 durch späte Paresen, 11 durch mechanische Larynxstenose, 104 durch Lungenveränderungen und 41 durch undeutliche Todesursache, wahrscheinlicherweise Lungenveränderungen, verursacht, d. h. zirka die Hälfte stirbt an Lungenleiden, ein Viertel oder etwas mehr an frühzeitiger Allgemeinintoxikation und ein Viertel oder etwas mehr an später Parese. Alle Todesfälle im ersten Lebensjahr und die meisten im 1.—3. Lebensjahr werden von Lungenveränderungen verursacht. Es fehlt nach der Ansicht des Verf.s in der Diphtheriebehandlung noch ein wirksames Antistrepto- und Antistaphylokokkenserum zur Kombination mit dem antidiphtherischen Serum, weil die Sekundärinfektion mit Strepto- und Staphylokokken eine wichtige Rolle bei der Diphtherie auch als Todesursache spielt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Bogomolez, Zur Frage über die Veränderungen der Nebennieren bei experimenteller Diphtherie. (Beitr. z. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 38. Heft 3.) B. vergiftete Katzen mit verschiedenen Dosen toxinreicher Diphtheriebazillenbouillon und untersuchte die Nebennieren, die er in Übereinstimmung mit den Literaturangaben stets verändert fand. Nach B.s Untersuchungen handelte es sich um Blutergüsse in die Rindensubstanz und fettige Degeneration derselben. Daneben besteht aber eine gesteigerte sekretorische Tätigkeit der „parenchymatosen Elemente der Rinde“, die durch Serumbehandlung gefördert wird.

Bennecke (Marburg).

R. Scheller u. **P. Stenger,** Ein Beitrag zur Pathogenese der Diphtherie. (Aus dem kgl. hygien. Institut zu Königsberg i. Pr.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) Daß die Nase eine häufige Eingangspforte für Infektionskrankheiten ist, ist allgemein bekannt. Daß die Nasenhöhle auch die Eintrittspforte für Diphtheriebazillen sein kann, davon haben sich die Verff. oft überzeugen können; denn bei der Untersuchung einer großen Anzahl von Angehörigen diphtheriekranker Personen wurden häufig in der Nase Diphtheriebazillen nachgewiesen, während Mund- und Rachenhöhle frei von solchen waren. Die Anwesenheit der Diphtheriebazillen bei einem Individuum kann oft durch lange Zeit hindurch konstatiert werden, ohne daß es zu einer Erkrankung kommt; wohl aber gibt es andererseits Fälle, wo selbst nach 4wöchigem Verweilen der Diphtheriebazillen erst jetzt plötzlich es zu einer Diphtherieerkrankung kommt; man muß daher sich bewußt sein, daß die gesunden Diphtheriebazillenträger nicht nur für andere infektiös sind, sondern auch nach langer Zeit bei plötzlicher Resistenzverminderung des Organismus an Diphtherie erkranken können. Daher bietet der Aufenthalt der Diphtheriebazillen in der Nase eine besondere Gefahr, da gerade in der Nase diese Bazillen sich sehr lange halten.

Die Verff. hatten durch Zufall Gelegenheit, einen direkten Be-

weis für den rhinogenen Ursprung der Diphtherie zu erhalten. Bei einer Patientin, die wegen Hypertrophie der Schleimhaut der linken unteren Nasenmuschel sich einer Operation unterziehen sollte, fanden sich an fünf aufeinanderfolgenden Tagen vor der Operation im Nasensekret beiderseits stets Diphtheriebazillen, beinahe in Reinkultur; auf den Tonsillen waren solche nicht nachweisbar. Erst am Tage nach der Operation fanden sich auch auf den Tonsillen Diphtheriebazillen, und am folgenden Tage entwickelte sich eine typische Rachendiphtherie, ohne daß die Nasenhöhlen klinisch irgendwelche diphtherischen Symptome zeigten.

Der Verff. bringen folgende Epikrise dieses interessanten Falles:

„Wie ersichtlich, haben wir hier unfreiwillig experimentell eine typische Diphtherie durch eine Nasenoperation bei einem Individuum hervorgerufen, das vordem Diphtheriebazillen beherbergt hat, ohne selbst erkrankt zu sein. Es war uns nun wichtig, anamnestische Daten bezüglich der Herkunft der Diphtheriebazillen zu erlangen. Nach eindringlichem Ausfragen erfuhren wir endlich, daß die Patientin Meierin auf einem Gute sei, auf welchem durch längere Zeit Diphtherieepidemie herrschte; speziell ein Mädchen, das mit ihr zusammen arbeitete, sei ebenso wie noch andere Personen an Diphtherie gestorben. 8 Tage bevor sie in die Behandlung eintrat, habe sie ihren Urlaub angetreten und die Gegend des Gutes verlassen.

Wie wir sehen, haben also die Diphtheriebazillen sich durch zumindest 14 Tage, vielleicht auch länger, in der Nasenhöhle aufgehalten, ohne eine Erkrankung hervorzurufen. Erst der Eingriff, den die Operation setzte, hat die Disposition für die Erkrankung erhöht und somit die Erkrankung ausgelöst. Wahrscheinlich ist es, daß die Schädigung des Nasenepithels das Vordringen der Diphtheriebazillen in den Rachenraum ermöglichte. Der Umstand, daß dann die Erkrankung an Diphtherie auf den Rachenraum lokalisiert blieb, daß die Nasenhöhle selbst keinen diphtherischen Prozeß aufwies, dürfte wohl die Ansicht unterstützen, daß wohl bei vielen Rachendiphtherien, auch bei solchen ohne Nasensymptome, als Eintrittspforte der Diphtheriebazillen dennoch die Nase anzusehen sein dürfte. Andererseits müssen wir uns klar vor Augen halten, daß die Dispositionserhöhung, die hier durch die Operation bedingt wurde, wahrscheinlich auch auf natürlichem Wege in ähnlicher Weise bedingt wird; chemische, mechanische, infektiöse und andere Schädigungen der Nasenschleimhaut dürften wohl auch sonst imstande sein, bei Diphtheriebazillenträgern einen Diphtherieprozeß auszulösen.

Es wird daher erforderlich sein, mehr denn je zuvor die Aufmerksamkeit darauf zu richten, daß sich Angehörige diphtheriekranker Personen, die doch zumeist Diphtheriebazillen beherbergen, möglichst von schädigenden äußeren Einflüssen fern halten; ferner wird es geboten sein, bei gesunden Diphtheriebazillenträgern nicht nur zur Verhütung der Infektion anderer Personen, sondern auch um ihre eigene Erkrankung nach Möglichkeit zu verhindern, die Dauer der Anwesenheit der Diphtheriebazillen durch fleißige Desinfektion der Rachenhöhle, vornehmlich aber auch der Nasenhöhle, möglichst zu verkürzen.“

Grätzer.

L. M. Vladar, Sollen wir die Rhinitis fibrinosa als Diphtherie betrachten? (Orvosi hetilap. 1905. Nr. 16.) V. wünscht so vom therapeutischem, wie vom prophylaktischem Standpunkt die Rhinitis fibrinosa als einen diphtheritischen Prozeß zu behandeln. Oft sah er durch diese als nicht spezifische Krankheit angesehene Erkrankung Infektion diphtheritischer Natur hervorbringen.

Ernst Deutsch (Budapest).

Alb. Uffenheimer, Ein Beitrag zum Kapitel der Nasendiphtherie (Nasendiphtheroid bei Scharlach). (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 38.) Ein 3jähriger Knabe erkrankt an einer leichten Halsaffektion nicht diphtheritischer Natur, wird aber aus besonderen Gründen noch am gleichen Tage mit 1000 I.-E. Serum injiziert. 5 Tage später entwickelt sich eine Skarlatina, die sehr schwer verläuft und letal endigt. Sie war vom achten Tage nach der Heilseruminjektion ab auch mit Nasenerscheinungen verknüpft, die absolut die klinische Diagnose der Diphtherie rechtfertigten. Aber vier während des Lebens vorgenommene Untersuchungen des Nasensekrets bzw. aus der Nase entleerter Membranen ergaben ein völlig negatives Resultat bezüglich Löfflerscher Bazillen, auch im Rachen wurden keine solchen gefunden. Bei der Obduktion wurden wieder Untersuchungen gemacht; nur von einem Membranfetzchen entwickelten sich 6—7 charakteristische Kolonien des Diphtheriebazillus. Die Virulenz war, wie die Prüfung ergab, sehr gering. Zweifellos handelte es sich aber um echte Löfflersche Bazillen.

Lag nun in obigem Falle Diphtherie vor? In vivo waren Diphtheriebazillen nicht nachweisbar, post mortem so wenige, daß die starke Membranbildung kaum hierin begründet sein konnte. Hinzu kam der Umstand, daß wenige Tage vorher Heilserum eingespritzt worden war, dessen Wirkung gleich 0 gewesen sein müßte, wenn der membranöse Prozeß in der Nase Diphtherie gewesen wäre. Aber was war es?

In der menschlichen Pathologie fand U. nichts von derartigen nichtdiphtheritischen Prozessen. Wohl aber gibt es eine Erkrankung der Rinder, als Rhinitis crouposa bezeichnet, die hier in Betracht käme, auch sie hat mit Diphtherie nichts zu tun.

U. glaubt nun, daß in obigem Falle die Membranbildung in der Nase als ein Teil der Scharlacherkrankung zu betrachten ist und auf die außerordentlich zahlreich und fast allein vorhandenen Streptokokken zurückgeführt werden muß. Auf den Tonsillen sind solche Prozesse nicht selten, auch kennen wir den durch Streptokokken erregten Kehlkopfkrupp. Die wenigen aufgefundenen Löfflerschen Bazillen hatten offenbar nur die Bedeutung von Saprophyten und werden in einem Kinderkrankenhaus ja leicht akquiriert.

U. möchte diese membranöse Erkrankung der Nasenschleimhaut als Nasendiphtheroid bei Scharlach bezeichnen. Grätzer.

Bourget, Über die gegenwärtige Diphtheriebehandlung. (Aus der medizin. Klinik zu Lausanne.) (Therap. Monatshefte. Januar 1906.) Als die Serumtherapie sich einbürgerte, wurden alle anderen Behandlungsmethoden beiseite gelassen, die lokale Therapie gänzlich

vernachlässigt. B. injizierte natürlich auch das Serum. Aber es kam zuweilen vor, daß die Injektion aus irgendeinem Grunde aufgeschoben oder gar nicht ausgeführt wurde (Nierenaffektionen!). Und da sah B., daß bei einfacher Pinselung und Reinigung von Pharynx und Nase Heilung eintrat, von einem Tage zum anderen eine vollständige Veränderung des Belages sich einstellte, so daß man, falls injiziert worden wäre, diesen Umschwung zweifellos dem Serum zugeschoben hätte. Allmählich schrieb B. der örtlichen Behandlung wieder größere Bedeutung zu und reservierte die Injektion für die schwereren Fälle, und im Laufe der Zeit wurden immer weniger Fälle injiziert, und trotzdem heilten die Fälle auch. Beim Eintritt in die Klinik wird sofort eine Pinselung des kranken Rachens mit folgender Lösung vorgenommen:

Rp. Liq. ferri sesquichlor.
Alumin. crud. pulv.
Acid. boric. āā 2,0
Glycerin. 20,0.

Die Reinigung geschieht so vollkommen wie möglich mittels kleiner an Holzstäbchen befestigter Wattetampons. So nimmt man jedesmal 5 oder 6 Pinselungen vor und so oft es notwendig ist, daß Gaumenbögen und Mandeln sorgfältigst gereinigt werden. Einige Minuten hinterher gurgelt der Patient mit:

Rp. Tct. Ratanh.
Tct. Guajaci āā 50,0
M. D. S. 2 Kaffeelöffel in einem Glase warmen Wassers.

So verfährt man alle 2 Stunden, in schweren Fällen jede Stunde. Nach kurzer Zeit auffallende Erleichterung des Zustandes, häufig Fallen der Temperatur schon am 2. oder am 3. bzw. 4. Tage. In diesen Fällen wird kein Serum eingespritzt, ebensowenig wenn Abnahme der klinischen Symptome zu beobachten ist.

Die bakteriologische Untersuchung ist notwendig, aber sie bietet keinen Fingerzeig für die Prognose; B. hat schwere Fälle gesehen mit sehr wenigen Löfflerbazillen und leichte Fälle, wo die Pseudomembranen von Bazillen strotzten. Bei der Prognose muß man sich vor allem auf die klinischen Symptome stützen.

B. will die Serumtherapie durchaus nicht in Mißkredit bringen, aber er betont, daß die Frage bezüglich der Spezifität dieses Serums durchaus nicht entschieden ist; ja er steht nicht an zu behaupten, daß das Diphtherieserum die ihm zugeschriebenen spezifischen heilenden Eigenschaften nicht besitzt. Man darf daher die übrige Therapie nicht so vernachlässigen, wie es meist geschieht. Grätzer.

Giovanni Mora, Einige Kriterien der operativen und instrumentellen Technik bei der Kehlkopfintubation. (Rivista di Clinica Pediatrica. V. 1905.) In dem vom Verf. geleiteten Institut in Brescia kamen innerhalb 2 Jahren 151 Kinder zur Intubation, darunter 32 unter 2 Jahren: 103 von diesen Fällen zeigten vor dem Eingriff bronchopneumonelle Komplikationen und von den 49 tödlich verlaufenen Fällen kamen 33 innerhalb der ersten 48 Krankheitsstunden vor. Die Tuben blieben 2—16 Tage liegen. In den 102

geheilten Fällen erfolgte 75mal die Detubierung spontan. Verf. gibt eine Beschreibung der Intubationstechnik und des Instrumentariums. F.

P. Reich, Intubation mit Zelluloidtuben. (Aus der kgl. Univers.-Kinderklinik in München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 26.) Eine Tube muß folgenden drei Ansprüchen genügen:

1. Sie muß von möglichst geringem Gewicht sein.
2. Sie muß in allen ihren Teilen eine absolut präzise dauerhafte Politur aufweisen.
3. Das Lumen muß möglichst weit sein.

Diesen drei Ansprüchen genügen die von R. benutzten Zelluloidtuben, welche sonst die O. Dwyersche Form haben. Zur Einführung benutzte R. den Trumppschen Obturator, der gleichzeitig In- und Extubator ist, damit konnten die Tuben recht fest gefaßt und leicht eingeführt werden. Die Desinfektion findet im Münchener Kinderspital in folgender Weise statt: Nach der Extubation werden die Tuben zunächst mechanisch gereinigt, dann mit fließendem Wasser solange durchgespült, bis sie völlig frei und sauber erscheinen; darauf werden sie für kurze Zeit in verdünnte Karbollösung gelegt und vor dem Gebrauch noch einmal in fließendem Wasser durchgespült. Dies ist sicherlich ausreichend.

Was nun die mit R.s Zelluloidtuben behandelten Fälle von diphtheritischer Larynxstenose — es fand primäre Intubation statt — anbetrifft, so erwiesen sich diese Tuben den bisher gebräuchlichen als mindestens ebenbürtig. Einführung leicht, rasches Aushusten des Sekrets, genügende Expektoration während des Liegens der Tube usw. Mittlere Intubationsdauer nur 26,3 Stunden bei Geheilten, 41 Stunden bei allen Operierten bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 13 Tagen. Mittlere Zahl der ausgeführten Einzelintubationen 3.

Preis des kompletten Intubationsbesteckes (Carl Stiefenhofer, München) nur Mk. 60. Grätzer.

Adam Gettlich, Die Anwendung von Zelluloidtuben bei Angina. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 16.) Die von Dr. Reich in München anempfohlenen Zelluloidtuben wurden vom Verf. in mehr wie 20 Fällen angewendet und ist Verf. von dem Erfolg stets zufrieden gewesen. — Als Vorteile gegenüber den bis jetzt aus Metall oder Ebonit verfertigten Tuben hebt G. hervor: 1. Das Gewicht ist bei den aus Zelluloid hergestellten sehr gering, 2. die Nachgiebigkeit, sogar bis zu einem gewissen Grade Elastizität, des Materials läßt es zu, daß die Wände möglichst dünn, demgemäß das Lumen möglichst weit sein kann, und schließlich 3. daß die Wände womöglich glatt sein sollen. Die Möglichkeit, daß durch das geringere Gewicht ein leichteres Aushusten des Tubus stattfinden kann, wurde durch die Erfahrung widerlegt, indem in keinem einzigen Fall dieser Zufall eingetroffen ist, vielmehr wurde in einem Fall, woselbst ein metallener Tubus binnen 10 Stunden 2mal ausgehustet wurde, ein aus Zelluloid verfertigter durch 60 Stunden anstandslos vertragen. Die längste Zeitdauer, während welcher der Tubus im Larynx verweilte, betrug 7 Tage, irgendwelche böse Folgen wurden nicht beobachtet. Diese

guten Erfolge schreibt Verf. dem Umstande zu, daß dem Rate O'Dwyers stets Rechnung getragen wurde, lieber stets einen weiteren, als engeren Tubus zu verwenden, was bei den aus Zelluloid verfertigten sich leicht bewerkstelligen läßt. Ein Nachteil ist aber vorhanden: Die Schwierigkeit der Sterilisation. So begnügte sich Verf. mit der mechanischen Reinigung durch Einlegen in strömendes Wasser, ferner durch Ausschwenken durch ein paar Minuten in Karbol- und Borlösung.

Verf. verwahrt sich dagegen, als ob er die bis jetzt gebräuchlichen metallenen Tuben in jedem Falle durch die obenbezeichneten ersetzt wissen will. Für frische Fälle von Angina diphtherica bei gesunden und kräftigen Kindern, schließlich, woselbst die Annahme von dicken oder minder dicken Membranen gerechtfertigt ist, will er fernerhin den erstbezeichneten Tuben den Vorzug geben. Dagegen bei Fällen, woselbst der Tubus länger als 3 Tage liegen soll, dann falls das Kind den metallenen Tubus aushusten würde, bei schwächlichen Kindern, schließlich in jedem Falle von Pseudokrupp bei Masern will er den aus Zelluloid hergestellten Tubus in Zukunft anwenden.

Gabel (Lemberg).

Molczanow, Zur operativen Behandlung von diphtheritischen Stenosen des Larynx bei Säuglingen. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 1.) Verf. untersucht die Frage, ob bei Säuglingen bei diphtheritischen Larynxstenosen Intubation oder Tracheotomie anzuwenden ist. In den letzten 10 Jahren wurden in der Klinik des Prof. Korsakow (Moskau) 21 Intubationen bei Kindern unter einem Jahre gemacht. Bei allen wurde die Diagnose bakteriologisch sichergestellt, gleichzeitig wurden 2000—3000 I.-E. Serum eingespritzt. Die Mortalität betrug 52,4 %, abzüglich jener Fälle, welche nicht einmal 24 Stunden in Spitalbehandlung verblieben, bloß 28,5 %. Sechs Fälle wurden erst nach dem dritten Krankheitstage der Spitalbehandlung zugeführt. Unter zehn geheilten Fällen erwähnt M. einen sehr lehrreichen Fall von Intubation bei einem 8wöchigen Kinde. Intubiert wurde mit Nr. 1 Kollin. Der Tubus verblieb 36 Stunden im Larynx, gleichzeitig bekam das Kind 6000 I.-E. in drei Portionen. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

Zwei Fälle führt Verf. von Tracheotomie nach Intubation an. In einem Fall wegen Drucknekrose, im zweiten Fall wegen der Unmöglichkeit, den Tubus das dritte Mal einzuführen bei bestehendem Krampf der Stimmritze. Beide Fälle verliefen letal.

Auf Grundlage seiner Untersuchungen kommt Verf. zum Schlusse, daß der Intubation bei Säuglingen der Vorrang vor der Tracheotomie zu geben ist. Nur ein einziges Mal war Enge der Luftwege der Vornahme der Intubation hinderlich und dies bei dem obenerwähnten 8wöchigen Kinde. Larynxschwellung und Krampf der Stimmritze hatten in bloß einem Falle die Intubation verhindert; verstopft wurde die Kanüle bloß ein einziges Mal. Die Aufnahme der Nahrung war bloß in zwei Fällen behindert, und dies unbedeutend.

Gabel (Lemberg).

H. Strohe, Diaphragma der Trachea im Anschluß an Diphtherie und erschwertes bzw. unmögliches Décanulement. (Aus dem Alexianerkrankenhaus zu Köln.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.) Welche Schwierigkeiten man manchmal bei dem Décanulement begegnet, zeigt S. an einem Falle, wo das Décanulement erst nach 15 Jahren ausgeführt wurde.

S. hatte bei einem 3jährigen Kinde wegen Diphtherie die Krikotracheotomie gemacht. Es gelang nicht, die Kanüle zu entfernen; in den folgenden Jahren wurden verschiedene Ursachen dafür angenommen, verschiedentliche Versuche gemacht, der Situation Herr zu werden, mehrfach operiert, — alles vergebens! Erst jetzt, als das Mädchen 18 Jahre alt war, entschloß sich die Mutter zu einer erneuten Operation, die unter Kokain-Adrenalinanästhesie und Kokainisierung der Trachealschleimheit stattfand. Nach breiter Öffnung der Trachea sah man nun eine oberhalb der alten Trachealöffnung die ganze Rundung der Luftröhre einnehmende knorpelharte Leiste, die mit breiter Basis auf der Luftröhrenwand aufsaß und mit scharfer Kante in das Lumen sah. Die größte Breite der Leiste war hinten, nach vorn zu verschmälerte sie sich bedeutend und endete vorn oberhalb der Luftröhrenöffnung. Sie wurde exstirpiert und dann eine Wegenersche Schornsteinkanüle angelegt, die 5 Wochen liegen blieb. Es zeigte sich an der Exzisionsstelle wieder ein ringförmiger Wulst, der aber die Durchgängigkeit der Trachea nicht behinderte. Die Trachealöffnung schloß sich nicht und mußte operativ geschlossen werden. Jetzt, nach Schluß der Halswunde, ist die Sprache zwar immer noch etwas heiser, aber jedem verständlich.

S. ist zwar nicht der Meinung, daß man mit einem derartigen Eingriff so lange Jahre warten dürfe wie hier, aber er rät doch wenigstens zu warten, bis das Kind 10—12 Jahre alt ist, die Wichtigkeit der Operation versteht und dieselbe unterstützt. Denn das Tragen einer Schornsteinkanüle, das Herausnehmen und Wiedereinsetzen ist umständlich und schwierig, und ein unverständiges Kind könnte leicht den ganzen Erfolg vereiteln. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Summarischer Bericht über die Tätigkeit des ersten Geschäftsjahres 1905.

Die Gesellschaft wurde am 10. II. 1905 gegründet und hielt im ersten Jahre außer der Gründungssitzung acht Geschäftssitzungen ab. In der 1. Sitzung schilderte Hutzler seine Erfahrungen auf einer ärztlichen **Studienreise** durch die Säuglingsanstalten und Milchküchen von Berlin, Dresden und Breslau. In der 2. Sitzung trug Hecker die ersten Ergebnisse seiner umfassenden Studie über **Verbreitung und Wirkung des Alkoholgenusses** bei Schulkindern vor. Die Erhebungen betrafen zwei Volksschulen und bildeten den Anfang der weiterhin auf zwei andere Volksschulen und eine Mittelschule ausgedehnten Enquête. Sodann sprach Trumpp über **Inhalationstherapie** mit Demonstration verschiedener Dampfinhalationsapparate, speziell des von ihm mit Erfolg verwendeten Modells der Firma Moosdorf und Hochhäusler in Berlin. Hutzler referierte über drei im Giselakinderspital zur Beobachtung gekommene Fälle von **Schierlingvergiftung.**

In der 3. Sitzung am 12. V. entspann sich im Anschluß an einen Vortrag von Trumpp über **akute infektiöse Exantheme** eine lebhafte Diskussion über die klinische Stellung der Dukesschen **Fourth disease.** Sie ist nach von Ranke durchaus nicht sichergestellt. Auch nach Anschauung der übrigen, speziell des

Vortr. sind die Beweise für die Existenz der Fourth disease als einer selbstständigen Erkrankung recht unsichere.

In der 4. Sitzung am 14. VI. verbreitete sich Oppenheimer **über die Säuglingsfürsorge in Paris und München.**

In der Diskussion wurde die Frage der Zentralisation der Säuglingsfürsorgeanstalten erörtert (Ende des vorigen Jahres wurden inzwischen alle der Säuglingsfürsorge dienenden Vereine und Einrichtungen zu einer „Säuglingszentrale“ zusammengefaßt). Reinach demonstrierte Röntgenbilder eines Falles von **Barlowscher Krankheit.** In der 5. Sitzung sprach Adam über die Bedeutung der „Taches cérébrales“ für die **Frühdiagnose der Meningitis bas. tub.** und glaubte in diesem Symptom ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel sehen zu dürfen. von Ranke berichtet von seinen Erfahrungen im Haunerschen Kinderspital über die epidemische **Zerebrospinalmeningitis** des Jahres 1905. Es wurden acht Fälle im Alter zwischen 2 Monaten und 8 Jahren beobachtet, von denen sechs tödlich endeten; die Lumbalpunktion ergab nicht viel Neues, es fanden sich stets Meningokokken; konstant war das Kernigsche Symptom. Weiterhin demonstriert er einen Fall von **Barlowscher Krankheit**, bei dem nach irrtümlicher Unterbrechung der erfolgreichen Rohmilchdiät schwere Hämaturie auftrat.

In der 6. Sitzung am 17. XI. gab O. Marx durch Mitteilung eines Falles von Paratyphus Veranlassung zu interessanten Ausführungen Trommsdorffs über den Begriff und das Wesen des Paratyphusbazillus. Der betreffende Fall war klinisch ein Typhus abdominalis mit Typhusbazillen auch im Stuhle. Die Agglutination des Bazillus im Serum des Kranken blieb jedoch aus, dagegen wurde B. paratyphi A. agglutiniert. Nach Trommsdorff läßt die Agglutination in der Gruppe: Typhus, Paratyphus, Mäusetyphus, Bazillus enteritidis Gärtner, Schweinepest usw. differentialdiagnostisch im Stiche. von Ranke erinnerte daran, daß die Gruber-Widalsche Reaktion beim Kindertyphus häufig versage.

Das Thema der 7. Sitzung am 15. XII. war die **Kindermilchfrage** in München. Seitz referierte ausführlich über die Frage der Versorgung weiterer Kreise mit einwandfreier Kindermilch. Auf Antrag Rommels entsandte die Gesellschaft eine Resolution an die „Magistratskommission für hygienische Milchversorgung in München“ dahingehend, daß die Verbesserungen der Kindermilch zumal für Kinder minderbemittelter, nicht auf dem Wege verschärfter Milchregulative oder polizeilicher Kontrolle zu erreichen ist, so begrüßenswert eine Durchführung dieser ist. Die Gesellschaft für Kinderheilkunde befürwortet aufs nachdrücklichste die Errichtung einer städtischen Kindermilchzentrale, welche die von größeren Milchproduzenten vertragsmäßig unter Mindestforderungen gelieferte Milch aufnimmt, prüft und in möglichst zahlreiche Filialen, event. Kleingeschäften, in signierten und plombierten Flaschen verteilt. Nur durch lückenlose Kontrolle vom Produzenten bis zum Konsumenten ist es so möglich, den Angehörigen einwandfreie Milch zu mäßigem Preise in die Hand zu geben, was unbeschadet aller übrigen Bestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge (Milchküchen usw.) dringend verlangt werden muß. In der weiteren Diskussion, die sich hauptsächlich um Überwachung der Milch und Fütterung der Kühe drehte, sprachen noch Trumpp, von Ranke, Adam. Vor der Tagesordnung demonstrierte Fromm einen Fall von **Mongolismus** bei einem $1\,^1/_4$ jährigen Knaben.

In der 8. Sitzung im Januar 1906 stellte Wittmann einen 12 jährigen Knaben mit **juveniler Paralyse** vor; die Affektion entstand bei dem gutbegabten Knaben (Vater Potator) im 11. Jahre mit progressivem Nachlaß aller Fähigkeiten, moralischen Hemmungen und mit Verfolgungsideen. Zurzeit völlige Verblödung, Pupillenstarre, gesteigerte Kniereflexe, paralytische Sprache, Mastdarm- und Blasenstörungen. Uffenheimer teilt an der Hand von Photographien zwei noch in der Behandlung befindliche Fälle von **latenter Tetanie** mit, bei welchen das von ihm beschriebene Tetaniegesicht die Diagnose ermöglichte; im weiteren Verlaufe wurde Trousseausches und Chvosteksches Phänomen nachgewiesen. Während letztere Symptome unter der Behandlung verschwanden, ist das Tetaniegesicht zurzeit noch immer zu erkennen. Uffenheimer demonstriert ferner eine große Diphtheriemembran, herrührend von einem durch Unterlassung der Seruminjektion vernachlässigten schweren toxischen Diphtheriefalle. Daran anschließend bespricht Uffenheimer das Verhalten der Diphtheriemorbidität, -mortalität und -letalität in München. Die ersten beiden zeigen seit 1899 eine stetige Abnahme, die Sterblichkeit dagegen keine Änderung; nach Uffenheimer

deshalb, weil ein zu großer Teil der Ärzte das Serum immer noch nicht anwendet. Uffenheimer berichtet sodann von den Vorbereitungen für den geplanten **Kongreß für Kinderheilkunde und Jugendfürsorge**, der im Oktober 1906 in Berlin tagen soll und zu welchem Uffenheimer von der Gesellschaft delegiert wurde.

Neben den angeführten Gegenständen beschäftigte sich die Gesellschaft im Berichtsjahre wiederholt mit dem Unterricht der Hebammen in der Säuglingspflege durch berufene Kinderärzte. Die Grundlage zu den Besprechungen, sowie zu einer inzwischen an das Bayerische Kultusministerium gelangten Eingabe bildete das schon in Meran vorgetragene ausgezeichnete Referat Hutzlers.

In der Märzsitzung des Jahres 1906 stand ein Vortrag Seitz' über **Erkrankungen im Alter der Pubertät** zur Tagesordnung. Den Inhalt desselben bildete ein Auszug aus der demnächst im Pfaundler-Schloßmannschen Handbuch erscheinenden diesbezüglichen Arbeit. An der Diskussion beteiligten sich Hecker, Trumpp, Wohlmut. Hutzler berichtete von einem Fall von **Atresia ani** bei einem Neugeborenen, bei welchem vor der Operation durch eine feinste, kaum sichtbare Öffnung am Damm geringe Mekoniummengen entleert wurden; nach glücklicher Operation verschwand diese Öffnung spontan.

Sitzung am 19. IV. 1906. Hecker demonstriert Präparate von **Spirochaete pallida**, gewonnen aus Papeln eines 2 monatigen erbsyphilitischen Kindes. Färbung nach Giemsa. Die Spirochäten lagen teils einzeln, teils in Gruppen von drei und vieren beieinander und zeigten 6—15 und 20 Windungen. Im Blut der Fingerbeere sowie im Punktionssaft der Milz gelang der Nachweis nicht. Das Kind zeigte außer manifesten Erscheinungen — Koryza, maculo-papulöses Syphilid, Rhagaden, Milztumor usw. — ausgesprochene Osteochondritis, welche doppelseitig beide unteren Humerusepiphysen, sowie alle Epiphysen der Unterarmknochen betraf und an den betreffenden Stellen zu schmerzhafter Anschwellung geführt hatte. Die Arme boten nicht das Bild einer schlaffen Lähmung, wie bei der Parrotschen Pseudoparalyse, sondern die Oberarme waren am Rumpf adduziert, die Unterarme rechtwinklig gebeugt und proniert, die Hände stark volar flektiert, der dritte und vierte Finger in den Metakarpophalangealgelenken überstreckt, in den übrigen Gelenken gebeugt; der Daumen eingezogen, der zweite und dritte Finger in leichter Beugung, die Hand zeigte also Klauenstellung ähnlich wie bei Radialislähmung. Die Ursache dieser Stellung kann nicht im Schmerz und nicht in mechanischer Behinderung der Bewegung gesucht werden, sondern ist wohl begründet durch eine Läsion des Nerven sei es durch Kompression vom Knochenprozeß aus oder durch neuritische Vorgänge.

Hutzler demonstriert eine Reihe von Fällen aus dem Giselakinderspital, unter anderem:

1. Einen 8 jährigen Knaben mit verheilter Fraktur beider Unterarmknochen. Heilung ohne Verkürzungen und mit voll erhaltener Funktion. Das Röntgenbild zeigt aber schlechtes Heilresultat insofern als die Bruchenden winklig zueinander stehen und sich mit ihren Zähnen irreponibel ineinander verhakt haben. Vortr. glaubt, daß dem Röntgenbild allein nicht immer die Entscheidung über die Güte einer Heilung zukomme, sondern in erster Linie dem Grad der erzielten Funktionstüchtigkeit.

2. 4 jähriger Knabe mit Spondylitis dorsalis, Durchbruch in die linke Pleura, Entleerung von 5 l Eiter mittels Rippenresektion, Entfernung von sequestrierten Wirbelknochenstücken. Nach einem halben Jahre noch immer offene Fistel, remittierende Temperaturen — ungünstige Prognose.

3. Drei Fälle von florider Rachitis in verschiedenen Lebensaltern.

4. Einen mittels Paraffininjektion glücklich behandelten Fall von Hernia umbilicalis. Die Paraffinpelotte liegt unverschieblich über dem Nabelring, wie „eingeknöpft".

Uffenheimer trägt vor **über den heutigen Stand der medizinischen Psychologie mit besonderer Bezugnahme auf Untersuchung, Behandlung und Erziehung des angeborenen Schwachsinnigen.** Es war ein Bericht über den kürzlich in Gießen unter Prof. Sommer abgehaltenen praktischen Kurs der medizinischen Psychologie, wobei er sich besonders verbreitete über die Methoden und Apparate Sommers zur objektiven Messung und Registrierung psychologischer Vorgänge. Hecker.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 2. März 1906.

Swoboda zeigt ein 18monatiges Kind mit **angeborenem Herzfehler**, das bei jeder Defäkation **stenokardische Erscheinungen** bekommt. Pat. wird bewußtlos, blauschwarz, die Atmung wird frequent. Nach verschieden langer Zeit erholt sich das Kind. Daß diese stenokardischen Symptome wirklich mit der Defäkation zusammenhängen, beweist die Tatsache, daß man beim Pat. durch Klysma jederzeit einen stenokardischen Anfall auslösen kann.

Friedjung berichtet über **plötzliches Versiegen der Milchproduktion** bei einer 22jährigen Primipara.

Die Brustdrüse hatte bis zum 22. Tage gut funktioniert. Die Milchmenge pro die betrug am 17. Tage post partum 710 g. Bis auf leichte Dyspepsie am 18. Lebenstage zeigte das Kind keine Verdauungsstörungen.

Am 22. Tage trank das Kind als erste Mahlzeit 100 g, als zweite 95 g, dann 80 g, 50 g. Die fünfte Mahlzeit betrug nur 40 g und beim sechsten Male bekam das Kind gar nichts mehr. Auch auf Druck entleerten sich nur wenige Tropfen Milch. Es war also in 12 Stunden ohne bekannte Ursache die Milchsekretion völlig versiegt. Das Kind fieberte gleichzeitig auf 39°. Am nächsten Vormittag stellte sich die Milchproduktion spontan wieder ein und in 4 Tagen erreichte dieselbe wieder die frühere Höhe. F. knüpft an diese Beobachtung die Bemerkung, daß man auch in solchen Fällen immer wieder versuchen soll, das Kind an die Brust anzulegen.

Swoboda zeigt ein 9monatiges Kind mit einer **linksseitigen Hüftgelenkskontraktur.** Die Erkrankung begann im dritten Lebensmonate. Das linke Bein stand wie bei Koxitis in Adduktion, Innenrotation und leichter Beugung. Passive Bewegungen im Hüftgelenke waren möglich, aber sehr schmerzhaft. Röntgenbefund normal. 4 Monate dauerte der Zustand unverändert an. S. versuchte eine antiluetische Behandlung (Kalomel täglich 0,02). Alsbald besserte sich die Kontraktur wesentlich, so daß S. geneigt ist, die Hüftgelenkskontraktur in vorliegendem Falle als luetischen Ursprunges anzusehen. Sonstige luetischen Symptome fehlen. Auch die Anamnese gibt keinen Anhaltspunkt für Lues.

Zappert macht darauf aufmerksam, daß die Annahme einer Lues auf Grundlage eines therapeutischen Erfolges nicht sicher begründet sei. Er erinnert sich eines Falles, wo im Anschluß an Intertrigo eine inguinale Drüsenschwellung entstanden sei, die infolge ihrer Schmerzhaftigkeit zu einseitiger Hüftgelenkskontraktur geführt hat. Die Lymphadenitis kam zur Vereiterung, worauf auch die Hüftgelenkskontraktur zur Rückbildung kam. Vielleicht sei im vorliegenden Falle eine tiefere Drüsenschwellung oder Entzündung vorhanden gewesen, die ohne Eiterung schließlich spontan zurückging. Auch die Möglichkeit von Mastdarmfissuren (Soehla) müsse in Betracht gezogen werden.

Escherich betont, das es im Säuglingsalter Hüftgelenkskontrakturen gibt, für die man keine Erklärung findet. Solche Kontrakturen schwinden spontan nach einiger Zeit. Henoch hat diese idiopathischen Hüftgelenkskontrakturen beschrieben.

S. Weiß hält den angekündigten Vortrag **„Zur Säuglingsernährung im Arbeiterhaushalte“.** Er betonte die soziale und wissenschaftliche Bedeutung dieser Frage, die erst statistisches Material zur Beantwortung nötig habe. Vortr. regt daher an, daß das überlebende Säuglingsmaterial namentlich im Proletariat statistisch zur Verwertung gelange. B. Schick (Wien).

Bericht über die 24. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Köln am 4. Februar 1906.

Mayer (Köln): **Über die Behandlung der spinalen Kinderlähmung.** An zahlreichen Fällen spinaler und spastischer Lähmungen von Kindern und Erwachsenen de-

monstrierte er den Nutzen der Tenotonie und Sehnenüberpflanzung mit dem Erfolge, daß selbst ein Erwachsener, der bis dahin auf den Knien rutschte, gehen gelernt hat. Allerdings ist längere Nachbehandlung mit Schienen, Massage und Bädern erforderlich, doch hält der Vortr. diese Maßnahmen nur für unterstützend, nicht allein zur Heilung führend. Es soll daher der operative Eingriff nicht zu lange verschoben werden. Sodann demonstriert M. einen Schlittenapparat für aktive und passive Körperbewegungen.

Rensburg berichtet über einen Fall von spinaler Kinderlähmung, ebenfalls vom Kollegen Mayer operiert, bei dem das Resultat glänzend war insofern, als das Kind bisher nicht imstande war, ohne Stock und nur mit komplizierten Apparaten zu gehen, nach der Operation ohne Stock mühelos und schnell gehen kann. Es handelte sich um Lähmung der Extensoren des Oberschenkels.

Esser (Bonn): **Über Blutbefunde bei Myxödem.** E. stellte bei zwei typischen Myxödemfällen von 37 Jahren bzw. 10 Monaten systematische Blutuntersuchungen an. Außer den schon bekannten Blutveränderungen bei Myxödem, die quantitativ in einer Verminderung des Hämoglobingehaltes und der roten Blutkörperchen bei einer Vermehrung der weißen Blutkörperchen bestehen und sich in qualitativer Beziehung neben geringen Veränderungen der roten Blutkörperchen (Makro-, Mikro-, Poikilozyten, Pessarformen) im wesentlichen in einer Verschiebung der als normal geltenden Verhältniszahlen zwischen der multi- und mononukleären Form der weißen Blutkörperchen äußern, fand er speziell unter den mononukleären Zellen sowohl eine große Menge von sogen. mononukleären Leukozyten (Ehrlich) und Übergangszellen als auch eine größere Anzahl von Zellen, die er als lymphoide Markzellen oder die von Nägeli beschriebenen Myeloblasten anspricht.

Bei dem Säugling war eine Veränderung des Blutbildes in erheblicheren Grade ausgeprägt als beim Erwachsenen; bei beiden wurde unter der Behandlung mit Schilddrüsentabletten das Blutbild fast völlig normal. Zu einer eventuellen Erklärung seiner Befunde zog E. das Tierexperiment heran. Eine Reihe junger Hunde und Kaninchen wurde thyreoidektomiert, und zwar wurde ein oberer Schilddrüsenpol zurückgelassen, weil an und in diesem ein sog. äußeres und inneres Epithelkörperchen liegen, nach deren vollständiger Entfernung Tetanie mit folgendem Exitus eintritt. Bei den Kaninchen konnten die Schilddrüsen vollständig entfernt werden, weil bei ihnen die Epithelkörperchen von der Schilddrüse weiter abliegen. Alle thyreoidektomierten Tiere blieben gegenüber den vom selben Wurf stammenden Kontrolltieren erheblich im Wachstum zurück und häufigere Blutuntersuchungen ergaben zunächst übereinstimmend mit den Resultaten früherer Experimentatoren, daß nach Thyreoidektomie sowohl beim Hunde wie auch beim Kaninchen unter Verminderung des Hämoglobingehaltes und der Anzahl der roten Blutkörperchen, die weißen zunahmen. Dann aber fand E., daß bei den Versuchstieren wie den myxödemkranken Menschen im Blute Zellen auftraten, die er als lymphoide Markzellen anspricht. Auch waren bei den Versuchstieren die mononukleären Leukozyten und die Übergangszellen vermehrt.

Nach diesen Versuchen schien die Untersuchung der Anatomie des Knochenmarks von besonderem Interesse. Zumal dieses Organ bei den unzähligen bisher ausgeführten Thyreoidektomien, soweit aus der Literatur hervorgeht, nicht die nötige Beachtung gefunden hat. Sowohl bei der makroskopischen wie auch bei der mikroskopischen Untersuchung ergaben sich nun auffallende Unterschiede zwischen dem Knochenmark der Versuchstiere und dem der Kontrolltiere. Bei ersteren war es infolge größeren Blutreichtums dunkelrot gefärbt und weicher (oft fast zerfließend) gegenüber dem der Kontrolltiere. Mikroskopisch fanden sich im Knochenmark der Versuchstiere unter den kernhaltigen weißen Blutzellen auffallend mehr mononukleäre, nicht oder kaum granulierte Zellen. Aus diesen Untersuchungsergebnissen zieht E. den Schluß, daß nach Ausfall der Schilddrüsenfunktion eine Erkrankung bzw. Entwicklungshemmung speziell des leukoplastischen Knochenmarksgewebes auftritt.

Rensburg hat die chemische Fabrik Rhenania veranlaßt, aus Epithelkörperchensubstanz Tabletten herzustellen in der Hoffnung, darin ein Mittel gegen die kindliche Tetanie zu finden. Aus seinen bisherigen Beobachtungen könne er noch keinen Schluß ziehen.

Rey hat ebenfalls mit den Epithelkörperchentabletten Versuche angestellt, hörte aber sehr bald wieder damit auf als das erste Kind nach 4 Tagen ge-

storben, der Zustand des zweiten nach selbst mehrwöchentlicher Therapie sich ernstlich verschlimmerte.

Selter fragt an, wie die nach dem deutschen Präparate beobachteten Thyreoidinvergiftungen zu erklären seien, die er beim englischen nie beobachtet habe.

Selter bereichtet über eine Endemie von schleimigen Darmkatarrhen im Haaner Säuglingsheim. Die Erkrankung wurde verbreitet durch die Windeltücher und war wahrscheinlich hervorgerufen durch Megastoma entericum. S. demonstriert dabei mikroskopische Präparate der Fäzes.

Spiegel (Solingen) demonstriert das Gehirn eines $4^1/_2$ monatigen Kindes das an Hydrocephalus internus zugrunde ging, der an eine unter Sequesterabstoßung geheilte eiternde Schädelwunde sich anschloß. Die Abflußwege der Ventrikelflüssigkeit, Aquaeductus Sylvii und Foramen Magendi sind durchgängig. Durch Druck der prall gefüllten, stark erweiterten Hinterhörner der Seitenventrikel auf das Kleinhirn kam der Göppertsche Ventrikelverschluß zustande, der auch nach Abheilung der primären Ursache des inneren Wasserkopfes, nämlich des Eiterabszesses am Schädeldach bestehen bleibt und zum Exitus führt. Therapeutisch ist in derartigen Fällen die Ventrikel- nicht die Lumbalpunktion geboten.

Rey.

IV. Therapeutische Notizen.

Zur Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane empfiehlt Dr. A. Winter (Falkenau) das von Dr. Hammer angegebene Euferin, eine Kombination von spezifisch auf die Atmungsorgane und als Roborantia wirkenden Stoffen: guajakolsaurem und glyzerinphosphorsaurem Natrium, Thymianextrakt, Cinnamylsäure und Spuren von Arsen. 1 Kaffeelöffel Euferin enthält:

Guajakol (aus guajakolsaurem Natrium berechnet)	0,2
Glyzerinphosphorsäure 50 %	0,4
Thymianextrakt	0,6
Cinnamylsäure	0,0075
Arsen	0,0025

Euferin vereinigt also gewissermaßen Sirolin, Pertussin und Sanatogen in sich. Es ist indiziert bei sämtlichen Erkrankungen der Luftwege sowohl tuberkulöser wie auch nicht tuberkulöser Natur, Pneumonie, Influenza, Pertussis, Masern, Emphysem, Bronchitis usw. und hat sich bereits in etwa 60 Fällen bewährt in täglichen Gaben von 3—4 Kaffeelöffeln. Es bringt nicht nur bei diesen Grundkrankheiten Linderung und Hilfe, sondern hilft auch die Pat. in kräftigem Zustande zu erhalten bzw. bereits geschwächte in ihrem Kräftezustande zu heben.

(Wiener med. Presse, 1906. Nr. 13.)

Über die Anwendung von Ölklystieren bei chron. Obstipation der Brustkinder läßt sich Dr. M. Wunsch (Berlin) aus und teilt den Fall eines $2^1/_2$ Monate alten Kindes mit, bei dem die Verstopfung allen angewandten Mitteln widerstanden hatte. W. ließ mit einem kleinen „Klystierball" jeden zweiten Tag ein Klystier verabreichen, und zwar jedesmal zwei Bälle voll lauwarmen Olivenöls, und das Kind dann eine Stunde liegen. Das Kind bekam acht solcher Klystiere. Bereits nach dem dritten Klystier wich die Verstopfung, und das Kind entleerte sich von da ab regelmäßig ohne Kunsthilfe.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 11.)

Ein verläßliches und unschädliches Anthelminticum nennt Dr. J. Bodenstein (Selzthal) auf Grund seiner Erfahrungen das Filmaronöl (1 Teil Filmaron und 9 Teile Ol. Ricin.) der Firma Boehringer (Mannheim). Bei einigen Fällen, wo B. es anwandte, wirkte es prompt nach 2—4 Stunden und machte keinerlei Nebenwirkungen. Unter den Pat. befand sich auch ein 10jähriges anämisches, stets kränkelndes Mädchen, bei welchem folgende Kur gemacht wurde: Am Vortage die gewohnte Diät, durch Cascar. sagr.-Pillen und Glyzerinmikroklysmen gründ-

liche Darmentleerung; am nächsten Morgen 1 Stunde nach dem Frühstück (Milchtee und ein Brötchen) 6 g Filmaronöl in selbstgefüllten Gelatinekapseln in 2 Portionen (4 g und 2 g) innerhalb $^1/_2$ Stunde, dann 1 Stunde darauf 20 g Rizinusöl in Bierschaum, dann ein Seifenwasserklysma. Fünf Stuhlentleerungen, bei deren dritter der Bandwurm (Taenia saginata) samt Kopf ausgestoßen wurde. Trotz des recht reizbaren Magens keinerlei Beschwerden. — B. gab in einer Reihe von Fällen von Askariden bei Kindern ebenfalls Filmaronöl in Dosen von 1—2—3 g (= 0,1—0,2—0,3 Filmaron) in Gelatinekapseln, die ebenso gut vertragen wurden und wirksam waren. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 8.)

Thigenol in der dermatologischen Praxis hat Dr. A. Arman (dermatolog.-syphil. Klinik Pisa) mit bestem Erfolge angewandt und konnte bei den behandelten Fällen (42 teils Erwachsene, teils Kinder) vor allem die Reizlosigkeit und die juckstillende Eigenschaft des Präparates konstatieren. Es waren darunter sieben Fälle von seborrhoischem, fünf Fälle von chron. infiltriertem Ekzem. Ferner sechs Fälle von Scabies (darunter zwei Kinder von 1 und 6 Jahren, zwei im Alter von 3 Jahren), bei denen 50 %ige Salbe sich sehr gut bewährte. Auch in zwei Fällen von Prurigo (5- und 15jährige Kinder) leistete diese Salbe gegen das Jucken gute Dienste. Endlich wurde Thigenol auch bei Psoriasis, Komedonen, Lichen mit Erfolg benutzt.
(Wiener klin.-therap. Wochenschrift. 1906. Nr. 9.)

Zur Therapie des Erythema und Ekzema intertrigo der Säuglinge empfiehlt San.-R. Dr. Fürst (Berlin) warm das Thioform, das sich ihm hier ganz hervorragend bewährt hat. Man kann den käuflichen Thioformpuder benutzen oder ordinieren:

Rp. Thioform. 15,0
Talc.
Kaolin. āā 30,0
Sem. Lycopod. 20,0
Rhizom. Irid. 5,0.
(Der Kinderarzt. 1906. Nr. 3.)

Eine Hohlnadel zum Ohrenstechen empfiehlt Dr. J. E. Fölkel (Wien). Sie besteht aus einer ca. $2^1/_2$ cm langen, 2 mm dicken Metallkanüle, in die ein kurzer Stachel und ein Mandrin eingepaßt sind. Der Troikar und die Ohrgehänge werden zunächst durch Kochen sterilisiert, sodann wird das zusammengesetzte Instrument genau im Zentrum der Vorderfläche des gereinigten Läppchens angesetzt und bis zur Mitte der Kanüle in nahezu sagittaler Richtung eingestoßen — nicht senkrecht auf die Fläche — damit die Ohrringe nach vorn zu gerichtet hängen. Nadel und Mandrin werden nun entfernt und der obere Ohrringteil je nach Bedarf in das vordere oder rückwärtige Lumen der Kanüle eingeführt, wobei letztere zugleich aus dem Stichkanal geworfen wird.

Eine Nachbehandlung erscheint kaum je nötig. Um ein außerordentlich rasch erfolgendes Verkleben der Stichöffnungen zu vermeiden, sollen die Ohrgehänge, die nicht allzuschwere sein mögen, in den ersten Tagen permanent in den Lobulis verbleiben. Nur wenn ausnahmsweise Schmerzen, Schwellung oder Sekretion am Stichkanal auftreten, wären die Ringe zu entfernen. Statt ihrer soll dann mittels einer starken, graden, weitöhrigen Nadel ein 10 % Dermatolfäden im täglichen Wechsel eingeführt werden, unter welcher Therapie die Ausheilung erfahrungsgemäß in Kürze vor sich geht.
(Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 7.)

Das Baby-Lichtbad nach Dr. Buchholz. In der Abteilung für Kinderheilkunde der 76. Versammlung der Naturforscher und Ärzte demonstrierte Dr. Buchholz ein nach seinen Angaben von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen konstruiertes Lichtbad für kleine Kinder, welches zweifellos in vielen Fällen gute Dienste zu leisten imstande ist. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß das Lichtbad nicht in erster Linie als Schwitzbad zu dienen hat. Deshalb ist das Bad auch nicht geschlossen, sondern nur mit perforiertem Blech verkleidet. Die Glühlampen sind vor Berührung absolut geschützt und ruht das Baby auf einem entsprechend geformten Glasschieber. An Lampen sind 18 Stück vorhanden, welche zur besseren Regulierung in sechs Gruppen verteilt sind, welche durch sechs Schalter in und außer Funktion gesetzt werden können. Nach den

zahlreichen von B. ausgeführten Versuchen mit dem Lichtbad ließ sich eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes in vielen Fällen konstatieren.

Besonders eignet sich das Bad nach B. für Behandlung der Rachitis und der mit der Rachitis verbundenen Störungen (Laryngospasmus, Tetanie), sowie auch für manche andere Kinderkrankheiten (Atrophie, chronische Obstipation). Das Lichtbad ist für Kinder bis zu 6 Jahren anwendbar und kann leicht durch Auflegen von Wolldecken zu einem wirklichen Licht-Schwitzbad gemacht werden, sofern es als solches benutzt werden soll.

(Allgem. med. Zentral.-Ztg. 1906. Nr. 5.)

Zur Therapie des chron. Darmkatarrhs empfiehlt Dr. Th. Rosenbaum (Berlin) Fomitin, das aus dem Fomes (Baumschwamm) hergestellte Fluidextrakt, mit dem er sehr gute Erfolge erzielt hat. Er zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

„1. Das Fomitin ist sowohl bei Darmtuberkulose in nicht zu weit vorgeschrittenem Stadium indiziert, als auch bei chronischen Darmkatarrhen anderen Ursprungs.

2. Das Fomitin hat ganz und gar nichts gemein mit den sonst bei Darmkatarrh gebräuchlichen Mitteln. Es wirkt weder darmlähmend noch adstringierend. Seine Wirkung ist vielmehr eine zirkulatorische, indem es die Fluxion nach dem Pfortadergebiet steigert und so eine bessere Durchblutung der Darmwandungen herbeiführt.

3. Entsprechend dieser Wirkungsweise schafft das Fomitin auch nur eine langsame und allmählich fortschreitende Besserung, derart, daß meist eine mehrwöchentliche Kur notwendig ist, um die Darmfunktion wieder zur Norm zu bringen. Ist aber einmal dieser Zustand erreicht, so pflegt er auch von Dauer zu sein. Ein weiterer Gebrauch des Mittels ist dann nicht mehr erforderlich.

Kontraindikationen sind Ulcus ventriculi und frische peritoneale Entzündungen, insbesondere Adnexentzündungen, während peritonitische Reizungen leichten Grades meist günstig durch das Präparat beeinflußt werden. Bemerken muß ich außerdem, daß ich bei fortgesetztem Fomitingebrauch zuweilen leichte abdominelle Kongestionsstörungen, insbesondere Druckbeschwerden der Blasengegend beobachtet habe, welche indes nach 1—2tägigem Aussetzen des Mittels ausnahmslos wieder geschwunden waren.

Als Ordination empfehle ich bei Personen über 12 Jahren 4mal täglich 1 Eßlöffel $^1/_2$ Stunde vor dem Essen, bei Kindern von 6—12 Jahren 4mal täglich 1 Kinderlöffel, bei kleineren Kindern entsprechend weniger."

(Medizin. Klinik. 1906. Nr. 5.)

Über die organische Eisenverbindung Bioferrin in der Praxis berichtet Regimentsarzt Dr. Fr. Hotys (Wien) und zeigt an Beispielen, welche Erfolge er bei Chlorose, Anämien, Rekonvaleszenz usw. mit dem Präparat erzielt hat. Letzteres zeichnete sich vor allem durch seine tonisierende, appetitanregende, blutbildende Eigenschaft aus und verdient als leichtverdauliches, kräftigendes, den Allgemeinzustand hebendes Mittel warme Empfehlung. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 14.)

Über Euchinin und Aristochin gegen Keuchhusten läßt sich Prof. C. Binz (Bonn) aus und empfiehlt diese Präparate für die Praxis. Euchinin hat er bei zwei Kindern, die sich bei ihm selbst aufhielten und die er also genau beobachten konnte, angewandt und konnte die eklatante Wirkung dieses Mittels auf den Keuchhusten selbst beobachten. Auch Aristochin ist ein empfehlenswertes Keuchhustenmittel. Leider sind beide Präparate teuer, so daß sie für die ärmere Klientel kaum in Betracht kommen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.)

Zur Erleichterung der Parazentese hat Dr. Stiel (Köln a. Rh.) eine Vorrichtung ersonnen und schreibt darüber:

„Die Durchschneidung des Trommelfells ist eine Operation, welche der praktische Arzt besonders auch auf dem Lande auszuüben Gelegenheit hat. Abgesehen von dem Fehlen der Assistenz ist es oft genug die Ungebärdigkeit der Patienten, zumal der größeren Kinder, welche die kleine Operation erschwert oder sogar ihre Ausführbarkeit in Frage stellt. Um dieselben zu erleichtern, verband ich eine Parazentesennadel in der Weise mit dem Ohrtrichter, daß erstere in einer Hohlrinne des Trichters gleitet. Die Vorteile dieser Konstruktion sind folgende: 1. kann die Nadel zugleich mit dem Trichter in den Gehörgang ohne

Wissen des Patienten eingeführt werden, da die Nadel vom Trichter festgehalten wird. Es tritt keine Beunruhigung und kein Abwehren ein, und die Operation gelingt durch Überraschung des Patienten außerordentlich leicht und sicher; 2. durch das Gleiten in der Rinne des Ohrtrichters wird der Nadel der Weg zum Trommelfell vorgeschrieben, eine leichte Drehung des Trichters nach oben oder unten, nach rechts oder links verändert die Stellung der Nadel und bestimmt das Eindringen in die zu durchschneidende Partie des Trommelfells. Die Reinigung des Instrumentes[1]) ist durch Herausnahme aus der Rinne gewährleistet."

(Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.)

Erfahrungen über Blutan, einem alkoholfreien Liquor Ferro-Mangani peptonati, veröffentlicht Dr. Alb. Kaiser (Dresden). Das von der Firma Dieterich-Helfenberg hergestellte Präparat — sie stellt ihn mit Acid.-Albumin mittels Imprägnation mit CO_2 her — ist ein haltbares, alkoholfreies, therapeutisch wirksames, vorzüglich schmeckendes Mittel. Dasselbe hat sich K. bei zahlreichen Fällen von Anämie, Chlorose, Schwächezuständen bestens bewährt, und hat auch bei anämischen, skrofulösen, nach Krankheiten (Masern, Diphtherie, Keuchhusten) rekonvaleszenten Kindern, in der Dosis von 2—3 mal täglich 1 Kaffeelöffel gereicht, sehr gute Dienste getan, indem es seine appetitanregende, kräftigende und tonisierende Wirkung voll entfaltete. Das Blutan ist zudem recht billig (1 Flasche Mk. 1.) und wird ausgezeichnet vertragen, auch von schwachen Magen.

(Therap. Monatshefte. April 1906.)

Die Einwirkung der Amara auf die Appetenz, mit besonderer Berücksichtigung des Extract. Chinae Nanning erprobte Dr. Weinberg (Wien) an einer Reihe von Krankheitsfällen. Extr. Chinae Nanning hatte nicht allein bei organischen Magenaffektionen vorzügliche Wirkung und beseitigte die dyspeptischen Beschwerden gründlich, sondern es half auch da, wo es sich um Beteiligung des Magens an allgemeinen Erschöpfungszuständen handelte, wo infolge von Anämie nach Blutungen oder infolge anderweitiger bedeutender Kräfteabnahme auch die Schleimhaut des Magens an diesen allgemeinen Schwächezuständen teilnahm und die Sekretion daher so gering wurde, daß der Appetit des Kranken schwand und sich durchaus nicht heben wollte. Es gelingt dem Amaris, speziell dem Extract. Chinae Nanning, sehr rasch, die abnormen Verhältnisse zur Norm zurückzubringen; namentlich bei jenen Fällen, bei denen es sich nur um reines Darniederliegen der Appetenz ohne stärkere Beteiligung des Verdauungsorgans selbst handelte, wie bei Anämie, Rekonvaleszenz und sonstigen Schwächezuständen, war die Appetitanregung durch das genannte Präparat eine eklatante.

(Die Heilkunde. April 1906.)

Über ein neues Kinderspitalbett schreibt Dr. Hutzler (Gisela-Kinderspital zu München):

Die Forderungen, welche an ein gutes Kinderspitalbett gestellt werden müssen, werden einerseits von der Hygiene, andererseits von den Eigenheiten der Kinderkrankenpflege diktiert.

I. Das Bett muß in allen seinen Teilen gut sauber zu halten sein. Deshalb sind Holzbetten, so wertvoll ihre Wärme bei geschwächten oder blutarmen Patienten sein mag, nicht mehr angängig. An den neueren Eisenbetten ist das Flechtwerk aus Spiraldraht zu verwerfen, weil es einen unzugänglichen Staubfänger darstellt. Auch die fest eingefügte Eisenmatratze schafft tote Ecken, zu denen wir mit den etwa nötigen flüssigen Desinfizientien nicht gelangen können.

Das Bett muß eine gesunde und bequeme Körperlage des Patienten ermöglichen. Deshalb soll die Matratze kräftig genug sein, daß sich keine Vertiefungen bilden, durch die der Körper zusammensinkt. Und sie muß so weit federn, daß die gestreckte Lage dem Patienten kein Unbehagen verursacht.

Das Bett muß gut durchlüftbar sein und gestatten, daß je nach Bedarf das Kopf- und Fußende erhöht oder erniedrigt werden kann.

II. Das Kinderspitalbett darf nicht zu niedrig sein. Bei den häufig notwendigen Handreichungen, wie Trockenlegen, Wäschewechseln, Messen, Zudecken, Füttern usw., ist das Arbeiten in tiefgebückter Stellung für das Pflegepersonal außerordentlich angreifend.

---

[1]) Firma Kühne, Sievers & Neumann in Köln.



Das Bett muß mit genügend hohen Seitenwänden versehen sein, die das Herausfallen kleinerer Kinder verhindern.

Das Bett muß endlich leicht beweglich sein, damit ein Platzwechsel vorgenommen werden kann, sei es zur Reinigung des Saales, sei es mit Rücksicht auf den Patienten (Fensterplätze für spielende Kinder, dunklere Stellen für lichtempfindliche).

Gefällige Form und ein heller, freundlicher Farbenanstrich sind im ästhetischen wie im hygienischen Sinne wünschenswert.

Diesen Forderungen entspricht, glaube ich, das neue Kinderbett des Gisela-Kinderspitals.

Es ist aus Eisen konstruiert und in allen seinen Teilen der säubernden Hand zugänglich. Der Tragrost besteht aus gekreuzten flachen Stahlbändern, die leicht federn, ohne von der dauernden Belastung Einsenkungen zurückzubehalten. Der Rost ruht auf leicht herausnehmbaren eisernen Tragbügeln, welche zur Tieferstellung des Fuß- oder Kopfendes oder auch des ganzen Lagers durch herabreichende Haken ersetzt werden.

Die Höhe des Rostes ist 65 cm. Der Patient liegt auf 10—15 cm dicker Matratze 75—80 cm hoch (Tischhöhe), ist also für die Hände der aufrechtstehenden Pflegerin bequem erreichbar.

Die Seitenwände des Bettes bestehen, wie die Querteile, aus eisernen Sprossen und sind vom Rost auf gemessen 60 cm hoch. Sie sind der Höhe nach in zwei miteinander gelenkig verbundene Gitter geteilt, von denen das obere in Angeln heruntergeklappt und dann mit dem unteren gemeinsam weiter senkrecht niedergelassen werden kann. Die Exzentrizität der Angeln verhindert ein Klemmen der kindlichen Finger. In heruntergelassenem Zustande sind die Seitewänden nur mehr 20 cm hoch. Ihre obere Kante ist jetzt auf gleicher Höhe mit der Matratze, abwärts reicht sie nur 5 cm unter die Rosthöhe.

Das ergibt einen neuen Vorteil des Bettes, nämlich, daß der Transport auf den Untersuchungstisch überflüssig wird — zur Schonung des Patienten, wie der Pflegerin. Der Arzt kann, auf einem Stuhl sitzend, seine Knie bequem unter das Bett schieben und hat nun das Kind wie auf einem Untersuchungstische vor sich.

Das Bett wird in zwei Größen hergestellt:

Größe I: 130 cm lang, 70 cm breit für Kinder bis zu 8 Jahren.

Größe II: 170 cm lang, 75 cm breit (nur mit 35 cm hoher Seitenwand) für ältere Kinder. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

V. Neue Bücher.

C. Frh. v. Pirquet u. B. Schick. **Die Serumkrankheit.** Leipzig u. Wien 1905. Franz Deuticke. Preis: Mk. 4,50.

Diphtherieserum wird heute allgemein angewandt; mit welch ausgezeichnetem Erfolge, ist bekannt. Leider ruft die Einverleibung des Serums öfters Nebenerscheinungen hervor, die man bisher unter dem Namen „Serumexanthem“ kennzeichnete. Dieser Name könnte leicht Veranlassung geben, das Exanthem für das wesentlichste Symptom der Erkrankung zu halten, was absolut nicht der Fall ist. Die Verff. haben daher dafür die Bezeichnung „Serumkrankheit“ gewählt und dieselbe an der Escherichschen Kinderklinik in Wien eingehend studiert. Die Resultate dieses Studiums sind in dem vorliegenden Buche niedergelegt worden, das wir allen Ärzten warm zur Lektüre empfehlen. Der Arzt muß unbedingt über alle Einzelheiten der Serumkrankheit orientiert sein und kann den Autoren dankbar dafür sein, daß sie ihm dies Krankheitsbild so eingehend und so klar und prägnant gezeichnet haben. Grätzer.

O. Sprengel. **Appendicitis.** Stuttgart. F. Enke. Preis: Mk. 26.

Das Buch bildet einen Teil (Lieferung 46d) des großen Werkes „Deutsche Chirurgie“ und behandelt den Stoff mit einer Ausführlichkeit, die bisher in der

deutschen Literatur wohl einzig dasteht; schon die Literaturaufzählung nimmt einen Raum ein, der ein ganzes Buch für sich sonst aufnimmt. Das Thema wird jetzt mehr als je von Forschern und Praktikern bearbeitet, hat weitgehendste Diskussionen hervorgerufen und wird noch immer auf das lebhafteste diskutiert. Natürlich kann der Arzt nicht alle diese Arbeiten studieren, aber er muß heutzutage gerade bei dieser Frage auf dem Laufenden bleiben und mit dem neuesten Stand unseres Wissens vertraut sein. Als Studien- und Nachschlagewerk wird ihm Sp.s gewaltige Monographie ausgezeichnete Dienste leisten. Die Einteilung des Stoffes ist eine sehr übersichtliche, die Diktion klar und fließend; Sp. versteht es gut, das Interesse wach zu halten und die für die Praxis wichtigen Momente plastisch hervortreten zu lassen. Das mit vier farbigen Tafeln und 82 Abbildungen im Text versehene Buch wird eine Zierde unserer Literatur bilden. Grätzer.

Diagnostisch-Therapeutisches Lexikon. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin.

Im gleichen Verlage ist bereits ein diagnostisches und ein therapeutisches Lexikon erschienen, welche bei den Praktikern großen Beifall gefunden haben. Die Vorzüge beider sollen nun in einem einzigen lexikalischen Werke vereinigt werden, das dem Arzte in knapper Form ein zuverlässiger Führer in den wichtigsten Zweigen der ärztlichen Tätigkeit, Diagnostik und Therapie, sein soll. Als Herausgeber des neuen Unternehmens zeichnen Bruhns (Berlin), Bum (Wien), Gottschalk (Berlin), Kausch (Berlin), Klemperer (Berlin) und Strasser (Wien), und eine Reihe weiterer hervorragender Namen sind als Mitarbeiter angegeben. Das Werk soll in 60 Lieferungen (à Mk. 1,20) erscheinen, und die erste derselben, die Artikel „Abasie“ bis „Akne“ umfassend, liegt bereits vor. Kurze, klar geschriebene Artikel, mit vorzüglichen Abbildungen versehen, orientieren den Leser über alle wichtigen diagnostischen und therapeutischen Fragen nach dem gegenwärtigen Stande unseres ärztlichen Wissens und Könnens. Wir sind überzeugt, daß auch die folgenden Lieferungen auf gleicher Höhe stehen werden, und daß das Unternehmen nach seiner Vollendung wieder ein erstklassiges Nachschlagewerk darstellen wird, das jedem Praktiker die ersprießlichsten Dienste zu leisten berufen ist. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brand, E., Zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter (Berlin). — **Brunck, W.**, Die systematische Untersuchung des Sprachorgans bei angeborenem Gaumendefekt in ihrer Beziehung zur Prognose und Therapie (Leipzig). — **Fränkel, P.**, Beitrag zur Kasuistik der Prostatakarzinome im kindlichen Alter (Leipzig). — **Grimm, R.**, Das zentrale Skotom bei angeborener Amblyopie und Schielamblyopie (Halle). — **Haas, H.**, Beitrag zur Lehre von den Zysten der Nabelschnur (Heidelberg). — **Kühne, A.**, Über einen Fall von Syndaktylie und amniotischen Abschnürungen (München). — **Lange, E.**, Die Rolle der Heredität in der Ätiologie der Neurofibrome, Fibromata mollusca, Elephantiasis congenita (Leipzig). — **Laux, E.**, Über fötale Hydrocephalie in ihrer Beziehung zur Geburt (München). — **Michaelis, H.**, Über Kindersterblichkeit im allgemeinen und über die Gründe des Nichtstillens, geprüft an der Berliner Arbeiterbevölkerung (Leipzig). — **Miyahara, T.**, Kasuistische Beiträge zur Lehre vom Hydrocephalus congenitus internus (München). — **Möllhausen, W.**, Beiträge zur Frage der Säuglingssterblichkeit und ihres Einflusses auf die Tüchtigkeit der Überlebenden (Leipzig). — **Preitz, H.**, Ein Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Zystenniere (Jena). — **Rascher, J.**, Über den Einfluß der Art der Ernährung auf die Säuglingssterblichkeit in München (München). — **Schmidt, A.**, Über die Todesursachen der Kinder während der Geburt (Freiburg i. B.). — **Schubert, M.**, Über Atresia ani congenita (Leipzig). — **Stiebeling, K. W.**, Zur Kenntnis der in der ersten Hälfte des Jahres 1905 in der Leipziger mediz. Klinik unter der Diagnose „Meningitis epidemica“ eingelieferten Erkrankungen (Leipzig). — **Stieda, A.**, Die angeborenen Fisteln der Unterlippe und ihre Ent-

stehung. Habilitationsschrift (Halle). — **Werkmeister, K.**, Der zeitliche Abfall des Nabelschnurrestes beim Neugeborenen (Greifswald). — **Wolf, K.**, Säuregrad und Keimgehalt bei gewöhnlicher und bei pasteurisierter Milch (Berlin).

VI. Monats-Chronik.

Der Redakteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab:

Friedenau-Berlin, Handjery-Str. 14.

Berlin. Mit der **Leitung der dritten Säuglingsfürsorgestelle** in Alt-Moabit ist Oberarzt Dr. Langstein, Assistent an der Universitätskinderklinik an Stelle des nach Dresden berufenen Priv.Doz. Dr. Salge betraut worden.

— Die Zahl der **Schulärzte** ist von 36 auf 44 vermehrt.

Charlottenburg. In der am 17. v. M. eröffneten Kindererholungsstätte Westend soll hauptsächlich die **Bekämpfung der Rachitis** durchgeführt werden. Es wird für rachitische Kinder eine besondere Schlafbaracke eingerichtet, um ihnen den dauernden Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

Hamburg. Ein **Schularzt** wird demnächst angestellt.

Freiburg i. B. Der Verein Freiburger Ärzte hat auf Anregung von Prof. Hoche sich für **Abschaffung des Nachmittagsunterrichtes in Mittelschulen** ausgesprochen.

Hannover. Für die große Zahl **minderbegabter und minderwertiger Kinder**, deren Erziehung mit normalen nicht durchführbar ist und die anderseits auch nicht in Idiotenanstalten gehören, ist eine Sonderanstalt in Hannover-Kirchrode gegründet worden unter dem Namen: Stellings Heilpädagogium für schwachbefähigte Kinder gebildeter Stände. Hier werden ähnlich wie in den Zimmerschen Anstalten in Zehlendorf-Berlin durch Pädagogen und Ärzte die Kinder geistig und körperlich überwacht und erzogen. Die ärztliche Leitung liegt in der Hand von Herrn Prof. Bruns, Hannover. Näheres durch Herrn H. Stelling, Hannover-Kirchrode.

Schweidnitz. Die Regierung in Oppeln weist in einer Verfügung darauf hin, daß vom sanitären Standpunkte die Einrichtung von **Schulapotheken**, in denen Mittel für die erste Behandlung bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen von Schulkindern vorrätig sind, zweckmäßig sei. Die Verwaltung der Schulapotheken erfolgt durch die Lehrer. Auf diese Einrichtung sollen die Schulvorstände und Schulunterhaltungspflichtigen aufmerksam gemacht werden. Vor Einrichtung der Schulapotheken ist der Schulaufsichtsbehörde Anzeige zu erstatten, unter Angabe der Arzneimittel und sonstigen Stoffe und Gegenstände, die vorrätig gehalten werden sollen. Eine gelegentliche Revision dieser Apotheken wird durch die Kreisärzte erfolgen, die von der Einrichtung in Kenntnis zu setzen sind, sobald hierzu behördlicherseits die Genehmigung erteilt ist.

Solingen. Eine allgemeine **ärztliche Kontrolle der Schulkinder** hat die Gemeinde Haan, Kr. Mettmann, eingeführt.

Pirmasens. Im Kloster sind einige Zöglinge von der **ägyptischen Augenkrankheit** befallen worden. In Zweibrücken mußte wegen derselben Krankheit eine Schulklasse geschlossen werden.

Wien. Die Ärztekammer will beim Unterrichtsministerium die Anstellung von **Schulärzten** beantragen.

— Prof. Escherich hat den Titel und Charakter eines k. k. **Hofrates** erhalten.

London. Im Unterhause wurde beantragt, schlechtgenährten **Schulkindern unentgeltlich Mahlzeiten** verabfolgen zu lassen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XI. Jahrgang. Juli 1906. Nr. 7.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

Seite

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Juli 1906. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Die Reaktion des Säuglingsstuhles und ihre Bedeutung für die Praxis.

Von

Prof. Dr. **Arthur Schloßmann.**

In sehr vielen Büchern und Abhandlungen, auch in ganz modern überarbeiteten, die sich speziell mit der Semiotik der Fäzesuntersuchung des Säuglings beschäftigen, kann man die Angabe finden, daß der normale Muttermilchstuhl deutlich sauer, umgekehrt dagegen der normale Kuhmilchstuhl stets alkalisch reagiert. Ich will hier nicht in eine Erörterung der Eigenschaften eingehen, die für den Stuhlgang des Säuglings zu fordern sind, um ihm das Ehrenprädikat „normal" zukommen zu lassen. In der Praxis ergibt es sich nämlich einmal, daß die Anschauungen über das, was man noch normal nennen kann, recht auseinander gehen; auf der anderen Seite ist aber der im landläufigen Sinne der Lehrbücher normale Säuglingsstuhl eine große Seltenheit. Wir werden im weiteren noch anführen, welche Reihe von Umständen zusammen wirken müssen, um ein halbwegs normales Produkt nach dieser Richtung hin zu erzielen. Zunächst wollen wir aber hören, wie man sich die obligatorischen Unterschiede in der Reaktion des Stuhles bei Brustkindern und bei den unnatürlich genährten erklärt. Je nach der überwiegenden Fäulnis oder Gärung — ich folge jetzt Selter[1]) — werden wir eine alkalische oder eine saure Reaktion oder beide erwarten müssen. Praktisch faßt der genannte Autor seine Meinung dahin zusammen: Der normale Muttermilchstuhl reagiert sauer wegen darin vorhandener freier Milchsäure. Die alkalische Reaktion desselben zeigt Eiweißfäulnis an. Der normale Kuhmilchstuhl ist von schwach alkalischer Reaktion, der pathologisch saure durch abnorme Fett- oder Kohlehydratspaltung bedingt.

Die hier übermittelten und sehr weit verbreiteten Anschauungen[2]) sind nun durchaus nicht mit den Tatsachen übereinstimmend, und es erschien mir zweckentsprechend, einmal auf die faktische Sachlage, wie sie von mir seit Jahren vorgetragen wird, aufmerksam zu machen.

---

[1]) Selter, Die Verwertung der Fäzesuntersuchung für die Diagnose und Therapie der Säuglingsdarmkatarrhe nach Biedert. Stuttgart, F. Enkes Verlag. 1904.

[2]) Auch in dem neuen Buch von Biedert u. a.: Das Kind, F. Enkes Verlag 1906, finden sich diese Ansichten vertreten.

Die Reaktion des Säuglingsstuhles — normales Verhalten des Kindes vorausgesetzt — ist abhängig von der Zusammensetzung der Nahrung, und zwar im wesentlichen nur von dem Verhältnis, in dem Eiweiß und Fett zueinander stehen. Ob man dabei Kuhmilch oder Frauenmilch, Kuhmilcheiweiß oder Frauenmilcheiweiß verfüttert, ist vollkommen nebensächlich. Das, worauf es ankommt, sind die Gewichtsverhältnisse, in denen beide, nämlich Fett und Eiweiß, zueinander stehen. Enthält die Nahrung auf ein Teil N-haltige Substanz etwa drei oder mehr Teile Fett, so reagiert der Stuhl unter „normalen" Umständen sauer; ist dagegen das Verhältnis so, daß auf ein Teil Eiweiß nur ein Teil Fett kommt, so haben wir eine alkalische Reaktion der Dejekta zu erwarten. Ich setze hierbei außer der Gesundheit des Kindes voraus, daß demselben eine genügende Menge Nahrung, aber auch kein Übermaß zugeführt wird, denn sonst ändern sich unter Umständen die Dinge: Prämisse ist also ein quantitativ rationell genährtes, gesundes Kind. Alsdann ist es, wie gesagt, vollkommen gleichgültig, ob man dabei mit Kuhmilch oder mit Frauenmilch manipuliert. Ohne weiteres leuchtet es ein, daß ein Brustkind nach dem Gesagten sauren Stuhl haben wird, denn in der Frauenmilch haben wir ja das Verhältnis von Fett zu Eiweiß so, wie es zum Zustandekommen der sauren Reaktion vonnöten ist, da kommen ja auf einen Teil N-haltige Substanz etwa drei Teile Fett. Gebe ich aber dem Kinde Kuhmilch, sei es nun Vollmilch, oder Halbmilch oder Drittelmilch, oder sonst irgend eine einfache Verdünnung des Ausgangsproduktes, immer werde ich ein Verhältnis von Fett zu Eiweiß etwa wie 1:1 haben und infolgedessen auch eine alkalische Reaktion des Stuhles. Aber mit Arteigenheiten der Frauen- oder Kuhmilch haben wir es hier nicht zu tun. Wenn ich beispielweise einen Säugling mit derjenigen Sahnenmischung aufziehe, die ich speziell bevorzuge und mit der ich eine sehr stattliche Anzahl von Kindern — gesunde wie krank in meine Behandlung kommende — aufgezogen habe und die 3 % Fett und ca. 1 % Eiweiß enthält, so habe ich andauernd einen sauren Stuhl zu gewärtigen. Gebe ich umgekehrt dem Säuglinge zentrifugierte Frauenmilch, so ist der Stuhl alkalisch. Ich habe vor einigen Jahren einmal eine Serie von Versuchen angestellt, bei denen die Frauenmilch wie die Kuhmilch mit Hilfe eines Separators in Magermilch und Fett zerlegt, und ein chassez-croissez gemacht wurde. Der Frauenmagermilch wurde ebensoviel Kuhsahne zugesetzt als ihr Frauensahne entnommen war; ich hatte also nunmehr ein Produkt vor mir, in dem das Eiweiß das der Frauenmilch, das Fett das der Kuhmilch war. Setzte ich nun soviel Kuhfett zu, wie ursprünglich Frauenfett darin war, auf den Liter also ca. 30 g Kuhbutter, so reagierte der Stuhl der damit gefütterten Kinder natürlich sauer. Begnügte ich mich aber damit, das Gemisch weniger fetthaltig zu machen, also nur etwa 10 g Kuhbutter zuzusetzen, so bekam ich eine Nahrung, in der Fett und Eiweiß ungefähr sich wie 1:1 verhielt und die an Energiewert etwa einer Halb- bis Drittelmilch entsprach, und der Stuhl war natürlich alkalisch. Aber auch umgekehrt zeigte sich ein entsprechendes Verhalten der Fäzes. Wenn ich die Kuhmagermilch mit zwei Teilen Wasser versetze und dem Gemisch 3 %

Frauenmilchbutter beimengte, so bekam ich eine in grob chemischer Hinsicht der normalen Zusammensetzung der Frauenmilch entsprechende Nahrung, in der das Eiweiß von der Kuh, das Fett aber von der Frau stammt und das Kind, das damit genährt wurde, reagierte prompt mit sauren Stühlen. Setzte man aber zur unverdünnten Kuhmagermilch die gleiche Menge Frauenmilchsahne wie vorher, so war das Verhältnis von Fett zu Eiweiß wie 1:1 und der Stuhl reagierte alkalisch. So kann man also beliebig die Reaktion des Stuhles beeinflussen und insofern ist dieselbe ganz ohne jede Bedeutung für das Gedeihen des Kindes, als wir ja sehr gut wissen, daß manche Kinder mit Halbmilch sich ganz gut entwickeln, also bei andauernd alkalischer Reaktion der Fäzes, andere jedoch wieder bei Sahnenmischung oder an der Brust, also mit stets sauren Stühlen. Aber unsere Fähigkeit, auf die Reaktion der Ingesta einzuwirken, benutzt der individualisierende Therapeut selbstverständlich bei Gelegenheit. Unterliegt es ja doch keinem Zweifel, daß wir die Darmflora nicht minder wie die resorptiven Vorgänge unter Umständen beeinflussen können, indem wir die saure Reaktion in die alkalische oder umgekehrt verwandeln. Das gilt nicht nur bei der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, auch bei Infektionskrankheiten werden wir unter Umständen hieran denken können. So habe ich im Verein mit Moro schon früher daran erinnert, daß man beispielsweise beim Typhus abdominalis niemals künstlich eine alkalische Reaktion in den Ingesten schaffen wird durch Darreichung von Magermilch oder gar Eselsmilch, sondern daß man dem säureempfindlichen Erreger dieser Krankheit den Aufenthalt im Darm durch eine intensiv saure Reaktion des Stuhles, wie man sie leicht durch Sahne erzielt, unbehaglich machen wird.

Aus dem hier Angedeuteten ersieht man, daß ich die Reaktionsprüfung der Säuglingsstühle durchaus nicht gering achte, wenn ich auch vor einer Überschätzung dieser Untersuchungsmethode und vor einer einseitigen Deutung des damit erhobenen Befundes warnen zu sollen glaube. Doch gibt uns die Feststellung, ob der Stuhl die Reaktion hat, die wir erwarten müssen, oder die entgegengesetzte zweifellos wichtige semiotische Hinweise. Finden wir z. B., daß die Ausleerungen eines an der Mutterbrust genährten Kindes alkalisch reagieren, so lassen wir die verschiedenen Möglichkeiten, die hierzu führen konnten, rasch an unserm Gedächtnis vorüber ziehen und suchen demgemäß nach Mitteln, um eine etwa drohende Gesundheitsstörung des Kindes schon im Keime zu bekämpfen. Einen alkalischen Stuhl beim Brustkinde werden wir in erster Linie zu erwarten haben, wenn die Brust nicht genügend Nahrung bietet. Bei ungenügender Milchmenge der Mutter überwiegen in den Ausleerungen des Kindes die Ausscheidungen des Darmes über die Abbauprodukte der Nahrung. Da erstere stark alkalisch sind, so wird auch die Reaktion des Gesamtstuhles eine alkalische. Bietet doch gerade der reine Hungerstuhl den Typus des stark alkalischen. Im Falle einer unzulänglichen Menge an Nahrung wird die Gesamtmenge der Fäzes eine geringe sein. Es kann dabei eine beträchtliche Obstipation bestehen — nämlich die Obstipation aus Mangel an ausscheidbaren

Schlacken, doch können auch häufige, nur aus einem kleinen Klechse bestehende Ausleerungen beobachtet werden. In vielen Windeln finden sich fäkale Andeutungen, ohne daß es zur Produktion wirklicher „Stuhlwindeln“ kommt. Dabei haben wir Gewichtsstillstand oder gar Abnahme, sowie Unruhe des Kindes zu erwarten. Die Feststellung der innerhalb 24 Stunden an der Brust genommenen Nahrung mit Hilfe der Wage sichert die Diagnose. Wir werden uns bemühen, die nur schwach fließende Milchquelle zu ergiebigerer Leistungsfähigkeit zu führen oder für kürzere oder längere Zeit zur Beifütterung aus der Flasche übergehen und auf diese Weise den durch Ermittelung der Reaktion des Stuhles zuerst geklärten Übelständen Abhilfe schaffen.

Auch wenn die Milchmenge an und für sich genügt, ist eine alkalische Reaktion der Ausleerungen des Brustkindes dann zu erwarten, wenn ein Mißverhältnis von Eiweiß zu Fett in der Frauenmilch sich findet. Nicht gar zu selten kommt es besonders bei schlecht genährten Frauen aus dem Proletariate, deren Nahrung hauptsächlich aus Kaffee und Brot besteht, zu einer Hypolipogalaktie, zu einem Herabsinken des Fettgehaltes der Milch auf 2 %, ja auf noch weniger. Dann nähert sich aber das Verhältnis von Eiweiß zu Fett immer mehr dem in der Kuhmilch und infolgedessen schlägt die Reaktion der Fäzes in die alkalische um. Das objektive Befinden des Kindes und seine Entwicklung braucht dabei keinerlei Störung aufzuweisen, wenn nämlich das prozentuale Manko an Fett und damit an Energie durch eine vermehrte Milchmenge, die konsumiert wird, einen Ausgleich findet. Häufig genug allerdings kommt es auch hier zu einer Unterernährung, zu Gewichtsstillstand oder gar Gewichtsabfall. Die Ausleerungen nähern sich den oben beschriebenen oder aber es kommt, wenn eine vikariierende Mehrproduktion von Milch sich einstellt, zu ziemlich hartnäckiger Obstipation. Bei Anregung der Darmperistaltik, die infolge der fettarmen Nahrung gering ist, durch Klysma oder Bauchmassage erzielen wir aber in diesem Falle ganz beträchtliche Quantitäten Stuhl. Die Therapie wird sich bemühen, den Fettgehalt der Milch der Nährerin zu erhöhen: freilich zumeist ein eitles Begehren, wofern wir nicht in der Lage sind, unsern Ratschlägen durch Verschaffung der nötigen fettreichen Nahrungsmittel und durch Hebung des gesamten Ernährungsniveaus der proletarischen Mutter die reale Möglichkeit der Befolgung zu erwirken. Ändert man aber faktisch die Diät der stillenden Frau in dem angedeuteten Sinne, etwa durch Aufnahme in die klinische Behandlung, so kann man den Fettgehalt der Milch und folgegemäß die Reaktion des Stuhles entsprechend beeinflussen.

Doch auch eine überreiche Milchproduktion, also der entgegengesetzte Vorgang wie die eben besprochenen, kann zu dem Effekt führen, daß es trotz Ernährung an der Brust zu einer Ausscheidung alkalisch reagierender Stühle kommt. Wir wissen ja heute, daß bei sehr vielen Frauen die Milchsekretion weit über das Bedürfnis des Kindes hinausgeht, ja ein Doppeltes und Mehrfaches dieses Bedarfes betragen kann. Ich verweise auf meine hierauf bezüglichen früheren und zuletzt im 43. Bande des Archivs für Kinderheilkunde S. 25 f. wieder-

holten und erweiterten Angaben. Gibt es ja doch Frauen, bei denen unter einem zweckentsprechenden Regime der Born der Mutterbrust zu exorbitantem Fluß zu bringen ist, bei denen wir 3, 4 ja bis zu 5 Liter Milch am Tage erzielen können. Glücklicherweise haben ja die theoretisierenden Erörterungen Bunges über die vermeintliche Degeneration der Menschenrasse, die sich momentan gerade im zoologischen System von der Klasse der Säugetiere loszulösen im Begriffe stehen soll, durch die genaue Beobachtung und Registrierung der einschlägigen Verhältnisse völlig abtun lassen. Heute wie zu den Zeiten, da Tacitus die deutsche Frau seinen Landsmänninnen als glänzendes Beispiel vorführte, ist dieselbe fähig, dem Kinde, das sie zu gebären vermochte, auch die erste Nahrung zu geben. An der Fähigkeit fehlt es im allgemeinen nicht, wohl aber am guten Willen und entsprechender Belehrung und Beeinflussung. Bei dieser günstigen Sachlage in bezug auf die Stillfähigkeit kommt es nun, und zwar gar nicht so selten, dahin, daß die vorhandene Milchmenge weit über das hinausgeht, dessen das Kind benötigt. Es wird also nur einen Teil, und zwar den ersten Teil der in der Brust seiner harrenden Nahrung konsumieren. Dieser erste Teil der entfließenden Milch ist aber chemisch bekanntlich wesentlich anders zusammengesetzt als die später folgenden Portionen oder etwa die Gesamtmilch. Wir sehen zunächst eine sehr fettarme und dabei relativ eiweißreiche Milch sich entleeren und erst später, je länger die Mahlzeit andauert, je mehr das Kind zur Neige kommt, um so fettreicher wird das, was es trinkt, bis es zum Schluß sich an reiner Sahne delektiert. Bis zu diesem Genusse vermag es sich jedoch bei einer überreichen Milchsekretion nicht durchzutrinken; seine Bedürfnisse sind früher gestillt und ein namhafter Teil der Säuglinge hört ja bei der natürlichen Ernährung auf, kurz nachdem er sich die benötigte Nahrungsmenge zugeführt hat. Bei sehr reichlich vorhandener Milch kann nun das Kind so gut wie ausschließlich „Frauenmagermilch“ trinken und die „Frauenvollmilch“ und „Frauensahne“ übrig lassen. Infolgedessen sehen wir es zu einer alkalischen Reaktion der Stühle kommen. Um so eher wird das der Fall sein, wenn die Mutter sich verleiten läßt, den Übelstand dadurch zu vermehren, daß sie dem Kinde zu jeder Mahlzeit beide Brüste gibt. Sie ist erstaunt, daß schon nach wenigen Minuten der Säugling die Brust losläßt und unzweifelhaft andeutet, daß er genug hat. Da ihr die Zeit zu kurz erscheint, die das Kind getrunken hat, und sie nicht darüber unterrichtet ist, daß in einem sehr geringen Zeitabschnitte aus einer guten Brust sehr große Quantitäten getrunken werden können, so nötigt sie dem Übersatten noch eine Portion Magermilch von der andern Seite auf, und da es kaum der Anstrengung des Saugens bedarf, die strotzende Drüse vielmehr spontan dem Kinde die Nahrung entgegen spritzt, so tut es schließlich der Mutter den Gefallen, noch etwas hinterzuschlucken. Auf diese Weise entsteht aber ein neuer Übelstand; das Kind wird verwöhnt und verlernt das Saugen im Schweiße seines Angesichtes. Wenn sich später die Milchproduktion und der Konsum mehr und mehr einander anpassen, so hört das auf diese Weise schlecht erzogene Kind auf zu trinken, sobald es die geringste Anstrengung dabei machen muß und verlangt die Darreichung

der anderen noch vollen und daher bequemer zu entleerenden Brust. Auf diese Weise kommt es zu einer dauernden Ernährung mit relativ fettarmer und eiweißreicher Milch und somit auch zu andauernder alkalischer Reaktion der Stühle. Natürlich haben wir bei dieser Sachlage keine Obstipation zu erwarten, sondern häufige, spritzende Ausleerungen sind die Folge der ja in genügender Menge aufgenommenen, aber sehr wasser- und zuckerreichen Nahrung. Die Gewichtszunahme kann dabei eine befriedigende, die Entwicklung des Kindes eine gute sein; öfter noch sehen wir das Gegenteil, die Zunahmen hören auf oder es kommt zur Abnahme. Die rege peristaltische Tätigkeit des Darmes führt zu einer Beschleunigung des Tempos, in dem die Nahrung passiert; infolgedessen ist die Verdauung und die Resorption eine ungenügende. Wir haben dann einen jener so häufigen Fälle vor uns, in dem irrtümlich die Annahme entsteht, daß die Frauenbrust nicht „leistungsfähig" sei, während im Gegenteil eine erhöhte Sekretionsfähigkeit der Brustdrüse das klinische Bild erklärt. Freilich werden die vorhandenen Symptome oft genug falsch gedeutet. Unruhe und Schreien des überfütterten Kindes, Abnahme, häufige spritzende und nun gar alkalische Stühle verführen zur Annahme, daß die Milch der Mutter oder Amme „ungenügend" oder „schlecht" oder „für das Kind gerade nicht geeignet" sei. Feststellung der in 24 Stunden konsumierten Milchmenge, eventuell Abwiegen des Getrunkenen während verschiedener Phasen jeder Mahlzeit, gibt uns den Hinweis, daß wir es nicht mit einem „Zuwenig", sondern mit einem „Zuviel" zu tun haben. In den Ausleerungen vermissen wir die weißen oder gelblichen Partikel, die man früher für „unverdautes Eiweiß" hielt und die nichts anderes als Fettsäuren und fettsaure Salze sind, und nunmehr ist unser therapeutisches Tun klar vorgeschrieben und der Erfolg ein sicherer. Wir werden uns bestreben, dem Kinde weniger, aber gehaltreichere, d. h. fettere Milch zuzuführen. Zu diesem Zwecke werden wie die Nahrungspausen genau festsetzen, Bestimmung darüber treffen, daß immer bei jeder Mahlzeit nur die eine Brust gegeben wird und von dieser der erste Teil der Milch entweder von einem anderen Kinde abgetrunken oder abgedrückt, bzw. abgespritzt wird. Mit Wage und Uhr werden wir die Nahrungsmenge und die Trinkzeit kontrollieren und innerhalb weniger Tage sauren Stuhl, Zunahme und Wohlbefinden eintreten sehen.

Etwas komplizierter liegt die Sache, wenn die alkalische Reaktion des Säuglingsstuhles bedingt ist durch eine Vermehrung der Tätigkeit der Darmdrüsen, d. h. also, wenn bei natürlicher Ernährung eine erhöhte Ausscheidung des stark alkalischen Darmsaftes zur Überstumpfung des ursprünglich sauern Stuhles führt. Jeder Reiz, der in abnormer Steigerung auf den Magendarmkanal einwirkt, kann hierzu führen, so bakterielle Infektion des Ingesta oder aber auch wohl schon eine Veränderung der Art der Darmflora, bezüglich eine räumliche Verschiebung in der Verteilung derselben, so daß an Stellen, die sonst keimfrei oder keimarm sind, sich Mikroorganismen etablieren. Häufig genügt auch schon die Vermehrung der Menge oder aber die veränderte Zusammensetzung der aufgenommenen

Nahrung, um den zum Zustandekommen einer vermehrten Darmsaftausscheidung benötigten Reiz auszuüben. So wird natürlich die gerade vorher beschriebene Überfütterung mit fettarmer Nahrung, die viel Milchzucker enthält, in der Lage sein, sekundär erhöhte Darmsaftproduktion herbeizuführen und damit auch die alkalische Reaktion der Ingesta noch zu vermehren. Aber auch ein Zuviel an normal zusammengesetzter Nahrung kann die Folge haben, daß die Hypersekretion der Darmdrüsen den sauern Nahrungsrest, in erster Linie also die freien Fettsäuren übertönt. Oft genug sieht man dann allerdings einen Teil der Fäzes, zumal den flüssigeren, ganz stark alkalisch. In dieser alkalischen Flüssigkeit finden sich aber vereinzelt oder auch in größeren Mengen die schon erwähnten weißgelblichen Partikel. Spült man sie mit destilliertem Wasser nach Entnahme ab, so sieht man, daß sie an und für sich stark sauer reagieren; wir haben alsdann einen Stuhl vor uns, dessen feste Partien stark sauer, dessen dünnflüssiger Teil aber stark alkalisch reagiert. Das Allgemeinbefinden der befallenen Kinder kann empfindlich gestört sein, große Unruhe, Tenesmus und kolikartige Schmerzen, rasches Wundwerden infolge der scharf reizenden Ausleerungen, ja, zuweilen Temperaturerhöhungen vervollständigen das klinische Bild; an eine Zunahme ist zu dieser Zeit natürlich nicht zu denken. Die Therapie dieser Zustände hat häufig zunächst durch ein Laxans und zwar am besten durch Verabreichung von Rizinusöl den Darm zu reinigen und die Darmflora zu beeinflussen. Spülungen der zugängigen unteren Darmpartien mit großen Mengen lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung (3—4 mal am Tage 500—700 g) werden den überflüssigen Schleim zu entfernen geeignet sein und lindernd auf die gereizte Schleimhaut einwirken. Durch Darreichung von Tannigen oder Tannalbin per os kann man medikamentös die vermehrte Sekretion beeinflussen. Die Hauptsache bleibt natürlich die Regelung der Diät; nach mehr oder minder kurzem Fasten bzw. Wasserdiät (6—18 Stunden), während dessen aber die Brust der Nährerin gut zu entleeren ist, wird man wieder vorsichtig mit der natürlichen Ernährung beginnen und auf Innehaltung genügender Pausen sowie auf die Beschränkung auf die wirklich nötigen Mengen achten.

Endlich kann die alkalische Reaktion des Stuhles noch auf einen andern Grund zurückzuführen sein; zuweilen, wenn auch selten, beobachten wir offenbar auf bakterielle Infektion zurückzuführende Fälle, bei denen es ganz akut zu einem schweren Krankheitsbilde kommt, das mit hohem Fieber und raschem Verfalle der Säuglinge einhergehen kann. Die Stühle sind vermehrt, meist mit grau-gries-lichen Partien untermengt und zeigen einen ganz charakteristischen Geruch nach Trimethylamin (Heringslake). An Stelle des normalen Abbaues der Eiweißkörper ist es durch den Einfluß gewisser Mikroorganismen zur Entstehung vorwiegend alkalischer Endprodukte gekommen. Das wie gesagt nicht allzu häufige Krankheitsbild unterscheidet sich so fundamental von den vorher erwähnten Vorkommnissen, bei denen die Fäzes alkalisch reagieren, daß eine Verwechslung ausgeschlossen ist. Reinigung des Darmes, längeres Fasten und vorsichtiger Wiederbeginn der natürlichen Ernährung werden fast immer

zu dem gewünschten Ziele führen; doch sind es gerade unter diesen Fällen die ja an und für sich so seltenen zu suchen, bei denen auch ein Brustkind nicht zu retten ist.

Aus dem Dargelegten geht zur Genüge hervor, daß die Beachtung der Reaktion des Stuhles verbunden mit der aller anderen in Betracht kommenden Umstände uns willkommene diagnostische und auch therapeutische Hinweise zu geben vermag. Prämisse ist aber dabei, daß die Untersuchung in einwandsfreier Weise geschieht, um uns vor Trugschlüssen zu bewahren. So muß die Reaktion natürlich stets am frischen Stuhl vorgenommen werden, der sorglich vor der Vermischung mit Urin zu wahren ist. Man versuche daher nicht etwa an einer schon längere Zeit an der Luft liegenden Windel festzustellen, ob die Ausleerungen des Kindes alkalisch oder sauer sind, sondern man entnehme mit einem oben abgerundeten Glasstäbchen oder mit dem Gummiansatz der Klystierspritze oder des Irrigatorschlauches das zu untersuchende Material aus dem Rektum. Nach Einführung eines Gegenstandes in den Mastdarm wird ja in der Regel reflektorisch die Stuhlausstoßung eingeleitet, so daß Untersuchungsmaterial reichlich zur Verfügung steht.

Auch beim unnatürlich ernährten Kinde ergibt sich auf diese Weise manch beachtenswerter Fingerzeig; ich erinnere nur, wie bei der Buttermilchernährung, bei der nach dem Gesagten eine alkalische Reaktion der Fäzes zu erwarten ist, der Umschlag in die saure häufig ein prämonitorisches Symptom dafür abgibt, daß die normalen Abbauverhältnisse sich ändern. Dann heißt es beizeiten zu einer anderen Nahrung übergehen oder aber durch Zusatz von Sahne die biologischen Bedingungen für die Bakterien des Darmkanals zu verändern. Hierüber und überhaupt über die Bedeutung der Reaktion der Ausleerungen beim unnatürlich genährten Kinde zu sprechen, wird sich ein andermal Gelegenheit bieten.

II. Referate.

E. Moro u. **F. Murath**, Über die bakteriellen Hemmungsstoffe des Säuglingsstuhles. (Aus der k. k. pädiatr. Klinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 13.) Resumé der Versuchsergebnisse:

1. Der normale Säuglingsstuhl enthält intensiv wirksame bakterielle Hemmungsstoffe, die an der natürlichen Schutzkraft des Darms wesentlich beteiligt sind.

2. Der quantitative Gehalt an Hemmungsstoffen ist abhängig vom Gesundheitszustand des Darmes, unabhängig hingegen von der Ernährungsart und vom Alter des Säuglings.

3. An der Bildung der Hemmungsstoffe scheint das B. coli commune den hervorragendsten Anteil zu nehmen. **Grätzer.**

K. Walz, Zur Diagnose der kongenitalen Dünndarmatresie, unter besonderer Berücksichtigung der Untersuchung des Mekoniums. (Aus der Prosektur des Katharinenhospitals in Stuttgart.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.)

W. faßt seine Ansichten wie folgt zusammen:

1. Der mitgeteilte Fall von kongenitaler Duodenalatresie, verbunden mit Hufeisenniere, spricht für ein Entstehen der Atresie auf entwicklungsgeschichtlicher Basis.

2. Auch bei völliger Duodenalatresie kann Mekonium abgehen.

3. Zur Bildung des gelben Mekoniums (M. amnioticum, Huber) ist die Beimischung von Fruchtwasserbestandteilen nicht notwendig.

4. In jedem Fall von beständigem Erbrechen Neugeborener ist in erster Linie das Mekonium histologisch zu untersuchen, da eine operative Therapie der Darmatresie nur auf Grund frühzeitiger Diagnose auf Erfolge rechnen kann. Fehlt spontaner Abgang von Mekonium, so ist zu versuchen, durch Klysma solches aus dem Rektum zu erhalten.

5. Völliges Fehlen von Wollhaaren im Mekonium ist ein sicheres Zeichen eines vor dem fünften Entwicklungsmonat entstandenen völligen Darmverschlusses. Die Diagnose wird unterstützt durch das gleichzeitige Fehlen von Plattenepithelien und Nahrungsbestandteilen (Fetttröpfchen).

Grätzer.

A. Bittorf, Zur Pathogenese der angeborenen Stuhlverstopfung. (Aus der mediz. Universitäts-Poliklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 6.) Bei einem Kinde, das etwa 15 Wochen alt in B.s Behandlung gekommen war und 19 1/2 Wochen alt an Tuberkulose der Lungen und Hirschsprungscher Krankheit starb, wurde die Sektion gemacht. Der auffälligste Befund am Darm war die große Länge der Flexura sigmoidea und ihres Mesokolons. Ferner bildete den Übergang der Flexur in das Rektum eine allseitig deutlich eingezogene enge Stelle von 1 cm Länge und Breite. Da gerade diese Stelle befallen war, lag gewissermaßen die Übertreibung eines physiologischen, wenn auch nicht konstanten Befundes vor, der sog. Amusatschen Verengerung. Sie war in vivo nicht gefühlt worden, da, wie die Sektion zeigte, sie eben nur noch für den Zeigefinger erreichbar war.

Grätzer.

D. G. Zesas (Lausanne), Die Hirschsprungsche Krankheit. (Fortschr. d. Med. 1906. Nr. 2. Januar.) Sammelreferat mit zahlreichen Literaturangaben.

Kaufmann (Mannheim).

H. B. Sheffield, Chronic Constipation in Children. (Arch. of Pediatrics. November 1905.) Verf. ist der Ansicht, daß Obstipatio chronica meistens auf Atonie des Darmes beruht, und empfiehlt daher, außer Abänderung der Nahrung (z. B. Zusatz von Fett, Frucht, Gemüse, Wasser usw.), solche Mittel, die dazu beitragen, den Darm zu stärken. Massage, Elektrizität, Öl-Enemata und Prießnitz-Umschläge sind sehr dienlich, und sollen vorzugsweise jeden Abend gleichzeitig gebraucht werden. Die Behandlung soll für 3—4 Wochen fortgesetzt

werden, bis endlich der regelmäßige Stuhlgang zur dauerhaften Gewohnheit wird, was eigentlich der Hauptzweck der Behandlung ist.

H. B. Sheffield.

A. Pollatschek (Karlsbad), Über Bleibe-Klystiere. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.) Über diese Klystiere, die er schon vor vielen Jahren empfohlen hat und noch mit bestem Erfolg anwendet, hielt P. beim 27. Balneologenkongreß einen Vortrag.

Das wesentliche ist, daß diese Klystiere im Darm verbleiben. Um dies zu erreichen, sind drei Momente erforderlich; die Klystiere müssen ein geringes Volumen haben, müssen hoch temperiert sein und vermöge ihres chemischen Gehalts in der angewandten Dosis die Ekkoprose zumindest nicht befördern. Es sind dies Klysmen von 50—100, nur selten 150 g Karlsbader Sprudels, die bei einer Temperatur von 48—52° C. in den Darm infundiert werden. Das Indikationsgebiet bilden chronische Diarrhöen, wobei die Klystiere teils kurativen, teils palliativen Erfolg haben. Die bei weitem häufigste Krankheit, bei welcher chronische Diarrhöen auftreten, ist die Enteritis catarrhalis chronica. Hier erzielte P. nicht selten Heilungen. Ein palliativer Erfolg wird bei Geschwürsprozessen aus anderen Ursachen (Tuberkulose, Dysenterie u. dgl.) erzielt, kein Erfolg bei sekundären Darmkatarrhen, wenn sie durch Stauungen im Pfortadersystem verursacht werden. In schweren Fällen muß man mit 50 g beginnen, bei Kindern mit noch weniger. Wenn es auch einmal beim ersten Versuche dem Patienten nicht gelingt, das Klysma zurückzuhalten, so darf man sich dadurch nicht zurückhalten lassen vor weiteren Versuchen. In den meisten Fällen gelingt es allmählich, solche kleine Dosen zur Resorption zu bringen und allmählich bis zu 100 und selbst 150 g aufzusteigen. Man beginnt mit 48° und appliziert solch Klystier 1—2 mal täglich, rasch bis zu 50° und selbst 52° ansteigend. Diese Klystiere belästigen nicht und machen keine unangenehmen Erscheinungen, im Gegenteil beruhigen sie die Darmperistaltik und wirken schmerzstillend. Wenn die Patienten nach Hause reisen, sollen sie die Klystiere fortsetzen, anfangs 2—3 mal täglich, später seltener; physiol. Kochsalzlösung oder gewöhnliches Wasser genügen dann. Für die Klystiere, die sich auch für die pädiatrische Praxis sehr gut eignen, hat P. einen besonderen Irrigateur (J. Odelga, Wien) angegeben.

Grätzer.

C. E. Bloch, Untersuchungen über die Pädatrophie. (Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 53. Heft 4.) In sechs Fällen von reiner Kinderatrophie fanden sich 4 mal Zeichen einer Hypochylia intestinalis und in den zwei übrigen Fällen eine Achylia und Hypochylia pancreatica, Zustände, welche eine mangelhafte Umbildung der Nahrung und damit die Entstehung einer Atrophie veranlassen können.

Hecker.

E. Moro, Kuhmilchpräzipitin im Blute eines 4½ Monate alten Atrophikers. (Aus der pädiatr. Klinik in Graz.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.) Das Serum des Kindes enthielt spezifische Präzipitine gegen Kuhmilch. Dieselben waren hochwertig.

Die quantitative Probe zeigte Kuhmilcheiweiß noch in der Verdünnung von 1:80 deutlich an.

Kuhmilcheiweiß konnte im Blute nicht nachgewiesen werden. Vielleicht war keines vorhanden; vielleicht wurde es von den kreisenden Präzipitinen mit Beschlag belegt und so dem Nachweis entzogen.

Die Gegenwart intensiv wirksamer Präzipitine läßt den Schluß zu, daß größere Mengen von Kuhmilcheiweiß schon vor geraumer Zeit vom Darm aus in die Blutbahn übergetreten sein mußten. M. ist jedoch weit davon entfernt, aus diesem einen Fall weitgehende Schlüsse zu ziehen und sieht sich keinesfalls zur Annahme berechtigt, daß das im Blute kreisende Rindereiweiß die Atrophie verursacht oder ihr Fortschreiten wesentlich begünstigt hat.

Wahrscheinlich ist vielmehr, daß Atrophie und Durchgängigkeit der Darmwand für genuines Eiweiß als konkurrierende Folgeerscheinungen einer funktionellen Verdauungsstörung aufzufassen sind, oder daß eine exzessive Überfütterung seinerzeit den Übergang von unverändertem Eiweiß in die Blutbahn begünstigt hat. Vielleicht kommen beide Faktoren in Betracht. Grätzer.

Israel-Rosenthal (Däne), Über Malzsuppenernährung bei Säuglingen mit Magendarmkatarrh und Atrophie. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1906. Bd. 4. Heft 3 u. 4.) Die Malzsuppe wurde ad modum Keller zubereitet, doch wurden nur 40 g Malzextrakt pro Liter angewandt, und anstatt Loefflunds Extrakt wurde ein dänisches Extrakt (Benzons Malzextrakt) angewandt, welches 56,2 % Maltose, 17,2 % Dextrin, 0,875 % Stickstoff und 0,6 % Milchsäure enthält. Die fertige Suppe enthielt ca. 17 ‰ Eiweiß, von welchem 6 ‰ Pflanzeneiweiß war, 12 ‰ Fett und 81 ‰ Kohlehydrate, von welchem 48 ‰ löslich (Milchzucker, Maltose, Dextrin), 33 ‰ Stärke waren. Der Rohkalorienwert der Suppe ist 515 pro Liter. Sieben Mahlzeiten wurden in 24 Stunden gegeben, jede Mahlzeit bestand am höchsten aus 200 ccm, gewöhnlich war sie viel kleiner, da es sich um jüngere Säuglinge handelte. Mehr als eine Woche wurde die Malzsuppeernährung bei 91 Kindern angewandt (46 im ersten, 31 im zweiten, 13 im dritten, eins im vierten Lebensvierteljahr). Die Indikation bildeten gewöhnlich subakute oder chronische Gastrointestinalkatarrhe mit oft bedeutender Atrophie; in sechs Fällen wurde die Suppe bei akutem Magendarmkatarrh mit gutem Erfolg benutzt, vielleicht weil sie eine kleinere Malzextraktmenge als die Kellersche enthält. Auch bei Säuglingen, die früher wegen Diarrhöe Amylacea ohne Erfolg bekommen hatten, war die Malzsuppenernährung von günstiger Wirkung. Eine Untersuchung seiner Fälle mit Rücksicht auf Milchdyspepsie im Sinne Czernys als ätiologischer Faktor hat der Verf. nicht angestellt. Die Säuglinge waren bei dem Anfang der Behandlung sehr elend, was aus den beigefügten Gewichtszahlen hervorgeht. Die Resultate müssen deshalb als gut betrachtet werden. 67 wurden geheilt bzw. gebessert, acht wurden nicht gebessert (zwei von diesen nahmen doch an Gewicht zu); 16, d. h. 17,6 %, starben (acht von diesen nahmen vorübergehend zu, bis die letale Komplikation eintraf). Der Gewichtszuwachs war sehr befriedigend. Die

Behandlung dauerte durchschnittlich 8—9 Wochen. Die Behandlung wirkt auf eine vorhandene Rachitis nicht ungünstig ein; vorhandene Albuminurien schwanden gewöhnlich. In einem Fall entstand während der Behandlung Barlowsche Krankheit (später hat der Verf. während dieser Ernährung zwei Fälle von Morb. Barlowi beobachtet). Die Todesursache war bei den 16 Patienten 3mal Tuberkulose, 5mal Bronchopneumonie, 2mal purulente Bronchitis, einmal Cystopyelonephritis, einmal interkurrenter akuter Darmkatarrh mit Nephritis (gewöhnlich traten sonst interkurrente akute Diarrhöen während der Behandlung nicht auf), einmal Tetanie, einmal Furunkulose und Pyämie (bei einem 12 Tage alten Kinde von dem Gewicht von 1150 g), einmal Hyperpyrexia, einmal Atelectasis und Emphysema pulm. Acht von den gestorbenen waren im ersten Vierteljahr. Unter den 46 Patienten im ersten Vierteljahr war die Behandlung von gutem Erfolg bei 39, ohne Erfolg bei zwei, während sechs starben, unter den übrigen 45 Patienten gelang die Behandlung bei 33, während zwei nicht gebessert wurden und zehn starben. Die Fäzes waren während der Behandlung homogen, hellbraun, sauer reagierend, ergaben gewöhnlich Jodreaktion. Die Analyse der Fäzes bei vier Patienten im Alter von 5 Wochen bis 3 Monaten zeigte doch, daß 90—95 % der Stärke verschwunden waren; die Azidität der Fäzes wurde 3mal bestimmt um zu erfahren, ob möglicherweise die Stärke im Darmkanal zu organischer Säure umgebildet wäre; es schien nicht der Fall gewesen zu sein. Der Verf. empfiehlt die Malzsuppe bei chronischen und subakuten Diarrhöen, Atrophien und auch bei akuten Diarrhöen bei Säuglingen, jedenfalls nach dem ersten Lebensmonat, als Übergangsernährung, wenn die Toleranz für Milch herabgesetzt ist. Wenn die Fäzes während der Behandlung zu dünnflüssig werden, empfiehlt er Zusatz von kleinen Mengen Eichelkakao; die verhältnismäßig geringe Malzextraktmenge macht in der Regel diesen Zusatz überflüssig. Die Malzsuppenernährung ist billig, in Dänemark kostet sie 15 Pfennig pro Liter. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

E. Terrien (Paris), Tentatives et résultats d'alimentations par les bouillies maltosées et diastasées. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Mars 1906.) Der Verf. hat eine größere Anzahl von magendarmkranken Kindern mit Malz- und Diastasesuppen, an Stelle der Milch ernährt und gute Resultate erzielt. Er hat gefunden, daß nur jene Suppen gut vertragen werden, in welchen das Amylum verflüssigt, aber nicht saccharifiziert ist, in letzterem Falle wird meist eine Verschlimmerung des Zustandes beobachtet. Die hauptsächlichsten Indikationen für diese Nahrung geben Dyspepsien und chronische Gastroenteritiden, Dyspepsien infolge von übermäßiger Milchnahrung, und Rekonvaleszenzen nach akuten Magendarmerkrankungen, bevor man wieder zur Milchnahrung zurückkehrt.

Jedweder akute, fieberhafte Zustand der erwähnten Krankheiten gibt hierdurch eine Kontraindikation für die Anwendung der in Rede stehenden Suppen ab. Ebenso auch die akuten Infektionen und bei Bestehen von Brechneigung. Endlich vertragen ganz junge Kinder, etwa unter 4 Monaten, nicht gut diese Ernährung, höchstens, wenn

man dieselben gemischt mit gleichen Teilen Milch und Zuckerwasser gibt. Auch wird empfohlen, zur Malz- und Diastasenahrung nicht plötzlich überzugehen, sondern dieselbe anfänglich in Verbindung mit Gemüsesuppen zu geben und allmählich dieselben durch erstere zu ersetzen.

E. Toff (Braila).

A. Würtz, Über Buttermilch in der Behandlung des magendarmkranken Säuglings. (Aus der Säuglingsheilstätte zu Straßburg i. E.) (Medizin. Klinik. 1905. Nr. 54.) W. hat die Buttermilchkonserve der deutschen Milchwerke zu Zwingenberg seit 2 Jahren bei chronischen und akuten Fällen mit gutem Erfolg angewandt und führt Beispiele an. Als Indikationen für die Anwendung der Buttermilch gibt er an:

1. Alle Fälle von Verdauungsschwäche, wo die Verdauungsdrüsen von Anfang an mehr oder weniger inaktiv sind oder durch fremde bakterielle Schädigungen in ihren Funktionen gehindert sind.
2. Empfindlichkeit gegen Fett.
3. Empfindlichkeit gegen Eiweiß.

Das sind zwar nur Symptome, aber keine pathologisch-anatomische Indikationen. Nimmt man aber mit Selter die Verdauungskraft und die Verdauungsergebnisse des kranken Kindes den einzelnen Nährstoffen gegenüber, wie sie zu beurteilen uns die Fäzesuntersuchungen jederzeit gestatten, als Einteilungsprinzip für die Differenzierung der einzelnen Magendarmkatarrhe des Säuglings an, so stellt man sich auf eine gesicherte Basis, die zugleich die Richtschnur für das therapeutische Handeln angibt. Von diesem Standpunkt aus betrachtet bedeutet die Einführung der Buttermilch in die Behandlung der Magendarmstörungen des Säuglings eine Bereicherung unseres Könnens: gestattet sie uns doch Indikationen zu genügen, denen wir bisher mit Kohlehydraten und Fettmilchen allein nicht zu entsprechen vermochten.

Grätzer.

Graanboom, Kondensierte und sterilisierte Buttermilch. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 623.) G. berichtet über zwei Buttermilchkonserven, welche während langer Zeit von ihm erprobt sind.

Von dem einen, der kondensierten Buttermilch, fabriziert durch Nutritia in Zoetermeer (Holland), hatte er schon früher berichtet. Damals war das Präparat in dem Handel in Flaschen. In der letzten Zeit hat man statt dieser Büchsen gewählt, und seitdem ist das Präparat besser zum Transport geeignet und mehr haltbar, weil es sich besser sterilisieren läßt. Diese Konserve wird erhalten durch entrahmte Kuhmilch mittels Infektion mit Milchsäurebakterien bei einem bestimmten Säuregrad, Mehl und Rohrzucker werden zugefügt. Danach wird das Gemisch sterilisiert, in Vacuo kondensiert und in Büchsen gebracht. Diese enthalten etwa 400 ccm. Zur Berechnung eines Liters Buttermilchsuppe wird der Inhalt der Büchse gemischt mit 600 ccm Wasser. Die Suppe hat dann ein spezifisches Gewicht von 1,05, Reaktion: 100 ccm neutralsaures 5,90 ccm normal Natronlösung; feste Stoffe 13,65; Fett 0,89; Eiweiß 3,02; Asche 0,60;

Invert-Zucker + Rohrzucker 4,99; Milchzucker 2,71; Mehl 1 %. Kalorienwert 590.

Für jede Mahlzeit wird die gewünschte Menge Suppe (etwa 100—125 ccm im ersten Halbjahre; 200—250 ccm in den späteren Monaten) in die Saugflasche gebracht und diese auf Körpertemperatur erwärmt.

Ein zweites Präparat, ebenfalls in Holland bereitet, und zwar durch Boomsma in Berlikum, wird kontrolliert durch de Jager, dessen großes Verdienst für die Ernährung mit Buttermilch, allgemein anerkannt ist. Diese Buttermilchsuppe nach de Jager wird wie folgt erhalten. Kuhmilch (nicht entrahmt) wird infiziert mit Buttermilch, und solange gesauert, bis 100 ccm neutralisiert werden durch 9 ccm normal Natronlauge. Dann wird gebuttert, die Butter entfernt, die Buttermich gemischt mit Mehl und Rohrzucker (12 bzw. 25 g pro Liter), das Gemisch in Flaschen gebracht und diese sterilisiert bei 100° C.

Diese Buttermilchsuppe ist also für den Gebrauch ganz fertig, weil sie nicht mehr mit Wasser verdünnt zu werden braucht. Die Zusammensetzung ist: Eiweiß 3,36, Fett 1,09, Kohlehydrate 5 %. Kalorienwert pro Liter 590.

Die Erfolge, die G. erhielt, sowohl mit der kondensierten Buttermilch als auch mit der Buttermilch de Jager, sind vollkommen ähnlich denen, welche er in mehreren hundert Fällen mit frischer Buttermilch von ausgezeichnter Qualität schon früher bekommen hatte.

G. ist der Meinung, daß die Buttermilch indiziert sei in den folgenden Fällen: 1. Als Ernährung neben der Brust, da wo diese ungenügend. 2. Bei der essentiellen Atrophie des Säuglings, in den Fällen also wo die Atrophie nicht begleitet ist von Magendarmerscheinungen. 3. Bei chronischen Verdauungsstörungen, und zwar am besten wenn Obstructio alvi das Hauptsymptom ist, am wenigsten wo hartnäckiges Erbrechen besteht. 4. Bei der akuten Gastroenteritis, als erste Ernährung nach der Wasserdiätperiode. 5. Bei allgemeinen Erkrankungen, wie Rachitis, Anämie, Tuberkulose und ausgebreiteten Ekzemen.

Von demselben Fabrikant Boomsma wird auch eine sterilisierte, mehlfreie Buttermilchsuppe in den Handel gebracht, welche sich auch in einigen Fällen bewährt hat, wo, bei Kohlehydratinsuffizienz, Ernährung mit Buttermilchsuppe indiziert war.

Autoreferat.

Busch, Zur Behandlung der Verdauungstörungen des Säuglings. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 396.) B. empfiehlt bei den schweren Verdaunngsstörungen (akute Gastroenteritis) die folgende Behandlung:

Anfangs während 1 bzw. 2 Tage völlige Enthaltung jedwelcher Nahrung. Nur in Eis abgekühltes Teeinfus. Während dieser Zeit werden in regelmäßigen Intervallen 50 g einer lauwarmen physiologischen Kochsalzlösung als Klysma langsam injiziert. Diese Kochsalzlösungklystiere haben vor der Enteroklyse und Hypodermoklyse den großen Vorzug, daß sie bequem durch die Mutter selbst

ausgeführt werden können. Nach dieser Hungerperiode werden die Klystiere noch einige Tage angewendet, während man vorsichtig kleine Mengen Kufeke oder Buttermilch verabreicht, und sobald die Erscheinungen sich bedeutend gebessert haben, wird mit einem Gemisch von Milch und Mehlabkochung ernährt.

Graanboom (Amsterdam).

R. L. Braun (Wien), Hat Sanatogen Berechtigung auch bei funktionellen Nervenerkrankungen und im Säuglingsalter verwendet zu werden? (Deutsche Ärzte-Ztg. 1906. Heft 9.) B. gab an Neurasthenie, Hysterie, Angstvorstellungen usw. leidenden Erwachsenen, zumal solchen, welche auch Schwäche, Anämie, Abmagerung zeigten, Sanatogen, das schon theoretisch hier indiziert erschien; denn da z. B. Neurasthenie nach v. Krafft-Ebing gleichbedeutend mit „Ermüdung der Nervenelemente“ ist und Sanatogen (glyzerinphosphorsaures Kaseinnatrium) ein Nervennährmittel ist, so mußte es die Asthenien des Nervensystems wirksam bekämpfen. Die praktischen Erfolge waren dementsprechend.

Interessant gestalteten sich die Fütterungsversuche mit Sanatogen bei Säuglingen. B. setzte anfangs da ein, wo die Mütter bereits ein Nährmehl (Kufeke, Nestle) ohne üble Nachwirkung gegeben hatten. Er ließ dasselbe aussetzen und nebst Milch einen Sanatogenbrei verabreichen, der aus $^1/_2$ Kaffeelöffel Sanatogen mit verdünnter Milch oder 100 g Wasser oder russischem Tee angemacht und mit Milchzucker gesüßt wurde, mit letzterem deshalb, weil der bloße Sanatogenbrei oft stopfte. Daraus ergab sich nun die Indikation, Sanatogen bei Durchfällen im Säuglingsalter anzuwenden, und zwar als wäßrigen Brei oder als Gersten- bzw. Reisschleim, mit Sanatogen versetzt und dann gelinde erwärmt. Als temporäre Beinahrung zur Brust- oder Kuhmilch und bei katarrhalischer Reizung des Intestinaltraktus tat Sanatogen ausgezeichnete Dienste. Anhaltende Durchfälle schwächen Kinder ja sehr, da mußte Sanatogen als Kraftnährmittel und Styptikum zugleich ja doch vortrefflich wirken. Freilich gibt es Fälle, wo Sanatogen nicht vertragen wird. B. gibt bei Durchfall erst Kalomel oder Aqua laxativa bzw. macht er eine gründliche Darmauswaschung und ordiniert dann Sanatogen. Die Menge des in Reisschleim gereichten Sanatogens richtet sich nach der Konstitution und Verdauungsfähigkeit des Säuglings und schwankt zwischen $^1/_2$ und 2 Kaffeelöffeln. Nach mehrtägigem Gebrauche setzt B. 2—3 Tage aus, um dann wieder das Nährmittel zu benutzen. Grätzer.

L. Fürst (Berlin), Zur Diätetik des gesunden und kranken Säuglings. (Fortschr. der Med. 1905. Nr. 36. Dezember.) F. schließt sich auf Grund eigener Beobachtungen dem günstigen Urteil über den Soxhletschen Nährzucker an. Er bedeutet für ihn einen großen Fortschritt in der Diätetik des Säuglingsalters. Er verwendet ihn in der von Brüning angegebenen Menge, zwei Teile einer 10 %igen Lösung auf ein Teil Milch. Ein großer Vorzug des Präparats ist seine Billigkeit (ca. 20 Pf. pro Tag). Uneingeschränkt günstig wirkt er bei einfacher Atrophie, Atrophie nach zehrenden Krankheiten, bei Normalkindern und bei Rekonvaleszenten von Darmkatarrhen. Während

krankhafter enteritischer Zustände ist allerdings Vorsicht geboten, falls die Katarrhe auf Gärungsvorgängen beruhen; man wird also in den ersten Tagen kleine Dosen des Nährzuckers ohne Milch, nur in Tee oder Schleim geben. Einzelne Kinder gibt es, die auf das Präparat in unverwünschter Weise reagieren; das sind aber Ausnahmen. Die leichte Stuhlretention, die im Gefolge des Nährzuckers auftritt, ist gerade bei bestehender Neigung zu Durchfällen sehr erwünscht. Sollte sie lästig werden, so genügt meist eine Kombination mit verbesserter Liebigsuppe, um normale Stühle herbeizuführen.

Kaufmann (Mannheim).

F. Goldstein (Berlin), Die Säuglingssterblichkeit in Preußen. (Therap. Monatshafte. September 1905.) G. hat den vom statistischen Bureau veröffentlichten „Rückblick auf die Entwicklung der preußischen Bevölkerung von 1875—1900“ genau mit Rücksicht auf einige Fragen der Säuglingssterblichkeit studiert und interessante Daten herausgefunden, die er — zum Teil in recht lehrreichen Tabellen — publiziert. Die Untersuchung ergab im wesentlichen, daß mit dem Städtischwerden der preußischen Bevölkerung die Geburtszahl abnimmt, daß damit eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit verbunden ist, und daß hauptsächlich durch diese eine Verminderung der gesamten Sterblichkeit bewirkt wird, daß letztere bis 1900 noch schnellere Fortschritte gemacht hat als die Geburtsabnahme, und daß dadurch die natürliche Volksvermehrung gestiegen ist.

Grätzer.

Alfred Groth, Statistische Unterlagen zur Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in München. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 51. Heft 2.) Verf. hat die Mitteilungen des Münchener statistischen Amtes aus den Jahren 1871—1903 benutzt. Die Säuglingssterblichkeit findet er abhängig zunächst von dem Altersverhältnis der Eltern (größere Altersunterschiede zwischen Vater und Mutter wirken ungünstig); ferner sind Kinder von Erst- oder Vielgebärenden weniger widerstandsfähig als solche von Mehrgebärenden; schlechte soziale Verhältnisse erhöhen die Sterblichkeit. Von größter Wichtigkeit ist jedoch die Frage: wird das Kind an der Brust genährt oder nicht? Um dafür nur ein Beispiel herauszugreifen, so waren von je 100 Kindern, die im 10.—12. Lebensmonate verstarben, 79,2 niemals gestillt; nur im ersten Lebensmonat gestillt (dann künstlich ernährt) 6,1; nur bis zum dritten Monate gestillt 7,5; nur bis zum sechsten Monat gestillt 4,1; 9 Monate lang gestillt 1,4; endlich 9 Monate gestillt, dann künstlich genährt 1,0; bis zu ihrem Tode stets an der Brust genährt 0,7.

Wider Erwarten wächst jedoch die Münchener Säuglingssterblichkeit nicht im Sommer; dies erklärt Verf. daraus, daß die in München eigentümlichen schroffen Witterungswechsel in den kälteren Jahreszeiten Säuglingen den Tod bringen und ferner, daß die Wärme an sich, soweit sie nicht indirekt Ernährungsstörungen verursacht, für lebensschwache Kinder günstig ist.

Th. Fricke (Göttingen).

Ecaterina Arbore (Bukarest), Einige Betrachtungen über die Ursachen der infantilen Sterblichkeit in der Hauptstadt

Rumäniens. (Revista stiintelor medicale. Januar 1906.) Die Sterblichkeit der Kinder in der Hauptstadt Rumäniens ist eine relativ große, da im Mittel im Laufe der letzten 11 Jahre auf je 100 Geburten 22,5 Todesfälle von Kindern im Alter bis zu einem Jahre entfielen. Unter 100 Todesfällen bei Kindern im Alter von unter einem Jahre sind 22—29 durch Erkrankungen der Atmungsorgane (meist Bronchopneumonie) verursacht, 17—28 durch angeborene Schwäche, 20—24 durch Gastroenteritis, 16—18 durch nervöse Erkrankungen (Eklampsia infantilis und Tetanus), 3—6 durch akute infektiöse Erkrankungen und 1—2 durch hereditäre Lues. Selbstverständlich sind auch diese, wie so viele andere statistische Zahlen, nur aproximativ, da manche Fälle, welche in der einen Rubrik verzeichnet sind, in eine andere gehören. So sind wahrscheinlich viele Todesfälle, welche auf angeborene Schwäche zurückgeführt werden, durch Tuberkulose und hereditäre Syphilis bewirkt. Andererseits dürften wieder viele Fälle von infantiler Eklampsie auf gastro-intestinalen Infektionen beruhen. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß im Verhältnis zu anderen Großstädten die Anzahl der durch Magendarmerkrankungen bewirkten Todesfälle eine relativ geringe ist, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß in der Bevölkerung die künstliche Ernährung noch wenig geübt wird und die Mütter ihre Kinder an der Brust ernähren. Die große Sterblichkeit der Kinder im frühen Alter hat in erster Reihe seine Ursache in den ungesunden, schlecht gelüfteten, überfüllten Wohnungen der Vorstadtbevölkerung und in der Scheu vor ärztlicher Hilfe und Spitalbehandlung.

E. Toff (Braila).

A. Szana, Staatliche Säuglingsfürsorge in Ungarn. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 44.) S., Direktor des staatlichen Kinderasyls in Temesvár hielt über dies Thema einen Vortrag in der 25. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit in Mannheim im September 1905. Am Schlusse des Vortrags resümiert S. denselben in folgende Sätze:

1. Die Aufnahme von Säuglingen in die öffentliche Fürsorge ist in dem ungarischen System der staatlichen Fürsorge mustergültig gelöst. In Ungarn übernimmt der Staat die Versorgung der der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Säuglinge. Die Übernahme in die Versorgung erfolgt, sobald dies als notwendig erachtet wird. Eine genaue behördliche Prüfung der Bedürftigkeitsumstände erfolgt erst nach der Aufnahme des Säuglings.

2. Die Versorgung des Säuglings geschieht prinzipiell bei der Mutter und werden außerhäuslich erwerbstätigen Frauen Stillprämien gegeben.

3. Die Überwachung von Säuglingen in Außenpflege kann nur durch Körperwägungen geschehen und müssen diese Überwachungen von einem Arzte in der Zentrale individuell geleitet werden.

4. Die Erzeugung von Säuglingsmilch sei an eine Konzession gebunden und darf die Abgabe nur gegen ärztliche Anweisung erfolgen.

5. Die Prinzipien einer richtigen Statistik von Säuglingsschutzinstitutionen sind einheitlich festzustellen. Diese Statistik muß das

Aufnahmealter und die Dauer des Aufenthaltes berücksichtigen. Das Schicksal der aus der Beobachtung Scheidenden ist zu berücksichtigen.

6. Der gesetzliche Stillzwang und das Verbot der Saugflaschen mit langer Glasröhre ist in Erwägung zu ziehen. Grätzer.

W. Hempel (Dresden), Über die Gewinnung einwandfreier Milch für Säuglinge, Kinder und Kranke.

Manteufel, Statistische Erhebungen über die Bedeutung der sterilisierten Milch für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. (Aus dem hygien. Institut der Universität Halle.)

Zaubzer, Die Kuhmilch. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 7.) H. schildert die Maßnahmen, die auf dem Rittergut Ohorn für die Produktion von einwandfreier Milch getroffen worden sind. Dieselben sind, wie die Erfolge zeigen, zweckmäßig und nachahmungswert.

M. faßt die wichtigsten Ergebnisse seiner Erhebungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Zahl der mit sterilisierter Milch ernährten ist im Vergleich zu der Gesamtzahl der auf Tiermilchnahrung gesetzten Säuglinge bislang noch so unbedeutend, daß man ein abschließendes Urteil über die Brauchbarkeit des hier geübten Systems der Milchfürsorge zurzeit noch nicht fällen kann.

2. Der praktischen Handhabung der Milchabgabe haften noch Mängel an, deren Beseitigung eine baldige Besserung des Erfolges hervorrufen müßte.

3. Die Erfahrungen sprechen dafür, daß die dezentralisierte Milchabgabe, wie sie hierorts üblich ist, der Zentralisation, wie sie in Frankreich geübt wird, an Effekt nicht gleichwertig ist. Eine zentralisierte Organisation, die eine bessere Überwachung und Förderung des Milchkonsums zuläßt, dürfte die Leistungsfähigkeit der sterilisierten Milch im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit bedeutend erhöhen.

Die amerikanischen Milchküchen und die Consultations-gouttes de lait in Frankreich zeigen auch in finanzieller Beziehung, wie man mit relativ geringem Kostenaufwand die Milchfürsorge zu einer wahren Säuglingsfürsorge gestalten kann.

Z. gibt ein genaues Bild von dem Soll und Haben der Kuhmilch für die Stadt München und deren Umgebung im Jahre 1904.

Grätzer.

E. Deutsch, Die Institute für Milchverteilung. (Gyermekvidelmi lap. 1906. Nr. 8.) D. zieht eine Paralelle zwischen den Ländern, Städten und Gesellschaftsklassen vom Standpunkte der Kindersterblichkeit, stellt unter andern Bayern im Gegensatz mit Norwegen und zeigt mit diesem Beispiel schlagend den verheerenden Einfluß der künstlichen Ernährung. Mit anderen Beispielen illustriert der Verf., in welch betrübender Weise der Aberglaube die unteren Volksschichten beherrscht. Man muß gegen diese Tatsache mit großer Energie auftreten. D. schildert in großen Zügen das Arbeitsprogramm der deutschen, französischen und österreichischen Kinderschutzvereinigungen, teilt einiges über den ersten internationalen

„Gouttes de lait“-Kongreß mit. Es werden nacheinander die Kinderhygiene popularisierende „École des mères“, die stillende Frauen mit Prämien und Naturalien unterstützenden „Consultations des nourrissons“, die qualitativ und quantitativ entsprechende Säuglingsnahrung verteilende „Gouttes de laits“, die mit obigen Anstalten in Verbindung stehenden Musterställe, die italienischen „Pii istituti dei rachitici“, die englischen Milchdepots, die „dispensaires des tuberculeux“ eingehend gewürdigt. Autoreferat.

Arthur Schloßmann, Über die Fürsorge für kranke Säuglinge, unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdener Säuglingsheims. (Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 43. Heft 1—4.) Mit 5 Kurven, 11 Abbildungen und 12 autotypierten Tafeln.[1])

Ehe der Reformator der Säuglingspflege sein Dresdener Säuglingsheim verläßt, um nach Düsseldorf überzusiedeln, entrollt er noch einmal ein anschauliches Bild von dem, was er geschaffen hat. Kaum eine Anstalt ist so vorbildlich geworden, keine trägt so den persönlichen Stempel ihres Schöpfers, wie dieses Säuglingsheim in der Wormserstraße. Wir können es nur mit Dank begrüßen, daß Schl. sich die Mühe genommen, den Betrieb in der Anstalt bis ins Kleinste zu schildern. Er gibt damit nicht nur für die Erbauer neuer Säuglingsanstalten einen unentbehrlichen Wegweiser, sondern er zeigt auch, was eine moderne Anstalt für Erhaltung des Säuglingslebens wirklich leisten kann. Der, wie gewohnt, klar und anziehend geschriebene Aufsatz ist ein wichtiges Aktenstück in der Geschichte der Pädiatrie. Spezieller Interessierte müssen auf das Original verwiesen werden; hier sei nur dem „Laien“ ein Abriß des reichen Inhalts gegeben.

Die aus städtischen und kommunalen Mitteln errichtete, gemeinnützige Anstalt dient einerseits der Verpflegung kranker Säuglinge, andererseits der Ammenvermittlung, dem Unterricht junger Damen in der Kinderpflege und vor allem auch dem Studium der normalen und pathologischen Vorgänge im Säuglingsorganismus. Die ganze Anlage und Raumeinteilung des Hauses wird an der Hand von Plänen dargelegt, der Modus der Rubrizierung, sowie des ganzen Verwaltungsmodus erörtert.

Neu ist die Verwendung elektrisch betriebener Wärmeschränke, welche jede Geruchsbelästigung und jede durch Gas bedingte Gefahr aufhebt. Die Couveusen haben an drei Seiten Glaswände, um möglichst viel Licht einzulassen. Die Indikation für Benutzung der Couveuse ist jetzt wesentlich eingeschränkt, insofern als nicht die Tatsache der Frühgeburt an sich, sondern dauernde Untertemperatur allein den Anlaß zur Couveusenbehandlung gibt. Möglichst bald wird das Kind wenigstens für Stunden in das Bett gebracht und hier mit Wärmeflaschen in der Regelung seiner Wärmebilanz unterstützt. Für einen Neubau empfiehlt er eine Modifikation der Escherischschen Wärmestube; in einen Glasgang münden ähnlich wie die Coupés in einem

[1]) Die Arbeit ist als Sonderabdruck bei F. Enke (Stuttgart) erschienen und kostet Mk. 4. Die Red.

D-Zug die einzelnen Kojen für je ein Kind. Jeder mit Glaswänden eingefaßte Einzelraum dient für das Bett eines Kindes und dessen Inventar.

Die Betten sind aus praktischen Gründen allmählich kleiner geworden (72 : 40 cm). Daneben werden kleine Körbe verwendet, die auf einem zusammenklappbaren Gestell aufgebaut sind. Über jeder Lagerstätte ist ein Bort angebracht, das für das Inventar des Kindes bestimmt ist. Nach Rommels Vorgang dient jedem Kinde seine eigene Badewanne.

Bemerkenswert ist die Kühlvorrichtung in der Milchküche; kalte Sole wird durch Rippenkörper durchgeführt mittels eines $^1/_{10}$ HP starken Motors, der die Sole in eine mit Eis und Viehsalz gefüllten Behälter und von hier in den Kühlkörper pumpt.

„Eine für kranke Säuglinge bestimmte Anstalt oder Abteilung ist heute für einen auf dem modernen Standpunkt unserer Wissenschaft stehenden Arzt undenkbar ohne Ammen“ und „ohne Frauenmilch ist die Ernährung kranker Säuglinge mit Aussicht auf gute Erfolge nicht möglich. Aus diesem Grunde ging Schl.s Bestreben von vornherein dahin: kranke Säuglinge erhalten im allgemeinen prinzipiell Frauenmilch, wenn nicht ganz bestimmende Gründe vorliegen, im Einzelfalle eine Ausnahme zu machen. Diese Idee ist im Dresdener Säuglingsheim, und zwar zum ersten Male überhaupt praktisch durchgeführt worden. Die Schwierigkeit, gutes Ammenmaterial zu erhalten, verschwindet bei geeigneter Organisation. Der Ansicht Bunges von der zunehmenden physiologischen Unfähigkeit der Frauen zu stillen, tritt Schl. auf das Entschiedenste entgegen. Nach ihm ist das Nichtstillen in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle nicht auf ein mangelndes Funktionieren der weiblichen Brust, sondern eher „auf einen Mangel bei denjenigen zurückzuführen, die für die Durchführung des Stillens zu sorgen haben: Hebammen und — man darf es nicht verschweigen — Ärzte.“ Von 208 Ammen lieferten 138 ohne weiteres mehr als 800 g Milch pro Tag, eine Menge, die für ein Kind der ersten Lebensmonate unter allen Umständen ausreichend ist. Während so 66 % aller aufgenommenen Ammen einschränkungslos wohl befähigt zum Stillen sind, findet sich auch unter den 70 Ammen, die es nicht auf 800 g pro Tag brachten, eine namhafte Anzahl, die auch dahin zu bringen gewesen wäre, wenn sie nicht vorzeitig das Haus verlassen hätten. Nur 3mal im ganzen blieb eine Amme mehr als 8 Tage im Hause und kam nicht auf 500 g Höchstmilchmenge in 24 Stunden. Neben dieser normalen Stillfähigkeit ist aber eine exzessive Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüsen gar nichts Seltenes. 10 % der Ammen gaben mehr als 2 Liter und über 4 % mehr als 3 Liter pro Tag. Im Durchschnitt wurde pro Amme im Tag 1184 g Milch geliefert. Auf jeden in der Anstalt befindlichen Säugling kam pro Tag 262 g Frauenmilch, auf jeden kranken Säugling durchschnittlich 303 g. Auf 3,07 kranke Säuglinge und auf 4,02 Säuglinge überhaupt kam eine Amme. Diese Zahlen stellt Schl. als Mindestforderung auf; denn die Höhe der Sterblichkeit kranker Säuglinge ist — alles übrige gleichgesetzt — umgekehrt proportional der Menge Frauenmilch, die zur

Verfügung steht. Die Bezahlung der Hausammen ist, solange ihr eigenes Kind in der Anstalt ist, 10 Mk. monatlich; wird das Kind in Pflege gegeben, dann bezahlt die Anstalt außerdem den Pflegesatz für dasselbe. Neben diesem Lohn erhält die Amme noch 3 Mk.-Prämien für eine bestimmte Gewichtszunahme des jeweilig gestillten Kindes, wobei die Höhe des zu erreichenden Gewichtes vom Arzte bestimmt wird. Schl.s Grundsätze für die Ammenkost sind ja bekannt. Die Ammen erhalten die gewöhnliche Kost des Personals. Die Ammenkleidung ist durch einige Illustrationen erläutert. Die „Bemerkungen, betreffend die Abgabe von Ammen durch das Säuglingsheim in Dresden" haben Abdruck gefunden.

Schl. plädiert lebhaft für die Einführung einer Reichsammenordnung. Wer das Ammenkind seiner naturgemäßen Ernährung beraubt, hat auch die Pflicht, die anderweitige oder künstliche Ernährung des Kindes zu überwachen und die verantwortliche Fürsorge für dasselbe zu übernehmen. Die Reichsammenordnung müßte die Ammenvermittlung ordnen und dieselbe aus der Hand gewerbsmäßiger Dienstvermittlerinnen und in diejenige kommunal angelegter ärztlich überwachter Anstalten legen. Denn nur Beobachtung einer Anstalt, und zwar von Mutter und Kind, gibt die Gewähr, daß die zu empfehlende Amme auch wirklich empfehlenswert ist. Keine Person sollte vor Ablauf von 3 Monaten nach der letzten Entbindung eine Stelle als Amme annehmen dürfen. Dadurch ist das Kind geschützt und die fernere Laktationsfähigkeit der Mutter gesichert. Dem Schutz der Amme müßte die Bestimmung dienen, daß eine Amme immer nur für eine ganze Laktationsperiode ermietet werden dürfe; daß also nicht durch plötzliches Entlassen sie selbst und der pekuniäre Unterhalt ihres Kindes geschädigt würde.

Der Frage des Pflegepersonals wird eingehende Beachtung geschenkt. Je jünger die Pfleglinge, um so größer die Zahl der notwendigen Pflegerinnen. Bei Tage eine Pflegerin auf 4 Kinder, bei Nacht eine auf 8 Kinder. Die Qualität des Pflegepersonals muß höchsten Ansprüchen genügen. Nicht Kindermädchen werden erzogen, sondern junge Damen theoretisch und praktisch in Kinderpflege ausgebildet. Die Pflegerinnen arbeiten nach dem Grundsatz der exakten Asepsis, entsprechend dem Schl.schen Satz: jedes einzelne Kind ist an jeder Stelle seines Körpers als infektiös und als infizierbar zu betrachten. Das gründliche Waschen vor und nach der Berührung eines jeden Kindes ist eines der Grundgesetze des Hauses, dessen Nichtbeachtung die unabwendbare Entlassung zur Folge hat.

Therapeutisch interessiert die warme Empfehlung des Vasenolpuders und der Vasenolpaste. Der Schnuller ist verbannt — die Daumenlutscher werden einfach gefesselt. Großen Wert legt Schl. auf die Fütterungstechnik. Während der ganzen Zeit, wo das Kind trinkt, hat die Schwester die Flasche selbst zu halten.

Luft und Licht spielen in der Behandlung kranker Säuglinge eine große Rolle, weshalb von den Balkonen ausgiebigster Gebrauch gemacht wird, und zwar nicht nur im Sommer, sondern auch im

Winter. Besonders wirksam ist die Freiluftbehandlung für Atrophiker und chronische Erkrankungen der Atmungsorgane.

Die letzte Konsequenz der Freiluftbehandlung ist die Einrichtung des Waldheimes. In Dresdens Nähe, mitten im Walde, wurde eine Baracke zur Säuglingsstation eingerichtet. Die Kinder liegen den ganzen Tag im Freien, entweder in ihren Körben oder direkt auf dem Boden, zum Teil auch in den warmen Sand eingegraben. Die Erfolge dieses Waldheims sind überraschende. Von 47 verpflegten Kindern haben alle ausnahmslos beträchtlich zugenommen, und zwar die meisten mehr als 200 g, einige ganz exzessiv. Der Durchschnitt der Zunahme betrug pro Säugling 690 g (gegen 375 g in der Stadt). Aus den beigegebenen rechnerischen Darlegungen und den erzielten Resultaten ergibt sich:

Mit einer Verpfleggebühr von 2 Mk. pro Tag kann in einem Sommerbarackenlager (die unentgeltliche Stellung der Baracke und des Platzes vorausgesetzt) eine einwandfreie Verpflegung kranker Säuglinge in die Wege geleitet werden.

Die gesamten Kosten eines derartigen Betriebes sind auf dem von Schl. stets empfohlenen Wege (Gemeinnützigkeitsanstalten, nicht Wohltätigkeitsanstalten!) dadurch aufzubringen, daß die Bezahlung erfolgt nach den Vermögensverhältnissen der Eltern, daß Arm und Reich in vollkommen gleicher Weise verpflegt, aber verschieden zu den Kosten herangezogen werden.

Die Waldsommerstation bedeutet eine Entlastung für das eigentliche Säuglingshospital, in dem die chronischen Fälle und die Rekonvaleszenten den akut erkrankten Patienten nicht den Platz wegnehmen.

Die Freiluftbehandlung in Waldstationen ergibt therapeutische Erfolge, die alle bisher bei der Säuglingspflege beobachteten weit übertreffen.

Eine „Vision" des Verf.s, d. h. ein Überblick über die Art und Weise, wie sich in Zukunft alle einschlägigen Anstalten wie Mütterheime, Beratungsstellen, Säuglingsheime, Waldheime usw. gegenseitig ergänzen müßten, schließt die Arbeit, welche jedem Kollegen zur Lektüre empfohlen sei.

Hecker.

L. Moll, Zur Technik der Bierschen Hyperämie für die Behandlung der Mastitis nebst vorläufigen Bemerkungen über die Anwendung derselben zur Anregung der Milchsekretion. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) M. gibt eine Modifikation der Technik an, welche es ermöglicht, das kranke, schmerzhafte Organ unter gleichmäßigem und leichtem Zuge langsam in die Glocke zu ziehen, so daß bei geringeren Schmerzen eine stärkere und längere Hyperämie erzeugt werden kann. Aus dem Gedanken heraus, daß letztere auch die Drüsentätigkeit anregen muß, wurde bei milcharmen Ammen die Glocke 2—3mal täglich durch je eine Stunde an die Brust angesetzt; die ersten Versuche fielen auch zur Zufriedenheit aus.

Grätzer.

Engel, Untersuchungen über die anatomische Grundlage für die Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse. (Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde. Meran 1905.) Es wurden eine Anzahl Brustdrüsen, und zwar vorwiegend von solchen Frauen untersucht, welche an den Folgen einer Geburt gestorben waren. Glatte Sagittalschnitte der gehärteten Drüsen wurden in Sudan III und Hämatoxylin gefärbt. Parenchym und Bindegewebe treten so deutlich differenziert hervor und das Verhältnis beider zueinander ist gut zu studieren. Das Resultat war: größte Verschiedenheit in bezug auf Ausdehnung und Ausbildung des sezernierenden Parenchyms ohne jeden Bezug auf Heimat, vorangegangenes Stillen usw. Es gibt eben bindegewebsreiche und parenchymarme, sowie parenchymreiche und bindegewebsarme Brüste. Erstere sind als die minderwertigen zu betrachten. Palpatorisch lassen sich beide Typen nur schwer unterscheiden und können daher leicht prognostische Irrtümer veranlassen.

Hecker.

Engel, Nahrungsfett und Milchfett. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Um den Übergang von Nahrungsfett in Milchfett zu studieren, fütterte E. an Ammen des Dresdener Säuglingsheims bestimmte Mengen von Sesamöl (mit hohem Jodbindungsvermögen) und bestimmte dann die Jodzahl des Ätherextrakts aus der Ammenmilch. Es ergab sich in Bestätigung älterer Versuche, daß wirklich Nahrungsfett übergeht. Ferner, daß auch sehr kleine Ölmengen Einfluß auf das Milchfett gewinnen. Der Übertritt des Fettes beginnt, gleichgültig bei welcher Dosierung, schon nach wenigen Stunden, langt schnell auf seinem Höhepunkt an und hört langsam wieder auf. Der Verlauf der zweiten Phase ist abhängig von dem Verhältnis der eingeführten Fettmenge zur Produktivität der Milchdrüsen. Bei hinreichend großem Milchstrom werden auch große Mengen Nahrungsfett im Laufe von Stunden völlig eliminiert, d. h. natürlich nur so weit, als sie überhaupt die Brustdrüsen passieren. Es erscheint merkwürdig, daß das Milchfett so konstante Werte aufweist, trotzdem das Nahrungsfett mit seiner ganzen wechselnden Beschaffenheit ständig Einfluß auf die Milch hat. E. zeigt aber, daß wenn man das Nahrungsfett bewußt ändert, d. h. wenn man alle Speisen mit einem bestimmten Nahrungsfette zubereiten läßt, dann sich auch das Milchfett prompt ändert. Innerhalb bestimmter Grenzen ist also eine bewußte dauernde Beeinflussung des Milchfettes möglich.

Hecker.

Engel, Über die Quellen des Milch- und Kolostralfettes und über die bei der Milchsekretion wirkenden Kräfte. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) E. tritt hier wie schon in früheren Publikationen der Ansicht entgegen, wonach die Milch als verflüssigte Drüsensubstanz zu betrachten sei. Gegen diese von Voit und Virchow und neuerdings von Bunge vertretene Meinung spricht schon die Erwägung, daß dem rapiden degenerativen Untergang von Zellen ein Aufbau in gleichem Tempo entsprechen müsse. Welch ungeheure Aufgabe da an die Regenerationsfähigkeit des Organs gestellt würde, erhellt aus einer Berechnung Heydenheins:

Eine gute Milchkuh gibt täglich 25 kg Milch. Nimmt man ihren Gehalt an Eiweiß, Fett und Zucker nur zu 10 % an, so sind das p. d. 2,5 kg. Nun beträgt das Gewicht der Drüsen bestenfalls 4,8 kg mit 24,2 %, also 1,16 kg Trockensubstanz. Das hieße also, die Drüsen müßten sich im Laufe von 24 Stunden 2,09 mal ergänzen. Ferner spricht dagegen das Fehlen von Mitosen in laktierenden Brüsten und weiterhin die von Rosenfeld nachgewiesene Tatsache, daß aus Eiweiß niemals Fett gebildet wird. Wahrscheinlich handelt es sich vielmehr um einen ähnlichen Prozeß wie bei der pathologischen Degeneration parenchymatöser Organe, nämlich um einen Import von Körperfett. Die Beziehungen zwischen Körperfett und Milchfett waren nun Gegenstand der Untersuchungen E.s, wobei er sich zur Identifizierung eines Fettes der Hüblschen Jodzahl bediente. Er untersuchte am Menschen z. B. das Milchfett einer Stillenden, bei welcher er gelegentlich der Operation einer Mastitis auch ein Stück vom Unterhautfettgewebe untersuchen konnte. In zweiter Linie in ähnlicher Weise bei verschiedenen Tieren Körper- und Milchfett. Es zeigte sich, daß das Milchfett vom Fett der Körperdepots zwar abhängig, aber nicht völlig mit ihm identisch ist. Das Jodbindungsvermögen des Körperfettes liegt ausnahmslos höher wie das des Milchfettes. Das Fett der Kuhmilch ist also kein Rindsfett, der Frauenmilch kein Menschenfett usw. Das Kolostralfett dagegen, das sich von dem Milchfett durch seine höhere Jodzahl auszeichnet, ist mit dem Fett des Körpers identisch. Warum in den ersten Tagen nur Körperfett nach der Brustdrüse transportiert wird und später auch noch Nahrungsfett dazu, liegt höchstwahrscheinlich in der gesteigerten funktionellen Inanspruchnahme der Drüsen begründet. Wenn man also Körperfett und Nahrungsfett als die Quelle des Milchfettes bezeichnen muß, so gilt das nur in dem Sinne, daß beide genannten Komponenten das Material bilden, aus denen der spezifische Bestandteil der Milch bei der Sekretion aufgebaut wird. Bezüglich der Kräfte, welche tätig sind, um den Transport reformierten Fettes in die Brustdrüse zu veranlassen, hat E. eine Theorie aufgestellt, deren Inhalt nicht zu kurzer Wiedergabe geeignet ist.

Hecker.

Eichelberg, Über das Kolostralfett des Menschen. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Ergänzung der Untersuchungen Engels über das Jodbindungsvermögen des Kolostralfettes und den kritischen Abfall der typischen Jodzahl bald nach dem Eintritt der Frauen in das Säuglingsheim, welcher Abfall mit der erhöhten Inanspruchnahme des Organs zusammenhängt.

Hecker.

Engel, Zur Methodik der Fettbestimmung in der Frauenmilch. (Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Kritik der Gregor-Freundschen und der Reyherschen Methoden und Angabe eines eigenen Modus zur möglichst ununterbrochenen Gewinnung von Ammenmilch während eines Gemelkes.

Hecker.

Edoardo Orefice, Klinisch-experimentelle Kritik der Behringschen Arbeit „Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit“. V. Über das Verhalten des Heubazillus in mit

verschiedenen Mitteln behandelter Milch. (La Pediatria. März 1905.) Die Schule, der Verf., Assistent an der pädiatrischen Klinik in Padua, angehört, weist dem Heubazillus eine wichtige Rolle bei der Ätiologie der Kindercholera zu, ganz besonders aber einer Varietät desselben, die aus Heu im Stadium der unvollkommenen Trockenheit stammt. Aus den Versuchen des Verf.s, die mit drei verschiedenen Varietäten des Heubazillus vorgenommen wurden, ergibt sich, daß der Zusatz von Glyzerin und von Serum die Koagulation der mit Heubazillus beschickten Milch etwas verzögert, in größerem Maße ist das bei Zusatz von Formalin (1:5000) der Fall. Da diese Wirkung des Formalins in vorher gekochter Milch noch ausgesprochener eintritt, so schreibt Verf. das Resultat nicht einer Konservierung von Antikörpern, sondern einer antiseptischen Wirkung des Formalins zu. Richtig ist, daß gekochte mit Heubazillen beschickte Milch sich fast immer rascher verändert, als rohe. In der aseptisch aufgefangenen rohen Milch gelang es niemals, mit den angewandten Mitteln spezielle Antikörper für eine der drei Varietäten des Heubazillus nachzuweisen.
F.

Carlo Plebs, VI. Mikroskopisches Verhalten der verschieden behandelten Kuhmilch. (La Pediatria. März 1905.) Verf. hat erstlich untersucht, wie sich die Fettkügelchen der Milch unter dem Mikroskop verhalten, je nachdem sie roh, gekocht, mit Formalin-Glyzerinzusatz oder mit Serumzusatz versehen ist, ferner wie sich die Fettkörperchen gegenüber Farbstoffen verhalten. Er kam zu dem Ergebnis, daß die Fettkügelchen sich am längsten und besten in formolisierter Milch konservieren, am schnellsten sich bei Serumzusatz verändern, daß sie in roher Milch sich besser halten als in gekochter. Im Serum geronnener Milch, besonders wenn sie mit Formolzusatz versehen ist, bleiben die Kügelchen unverändert, so daß es scheint, als ob sie an dem Koagulationsprozeß nicht teilnehmen. Mit Anilinfarben, Methylenblau und -grün färben sich die frischen Kügelchen nach kurzer Zeit rosa und behalten diese Farbe 5—6 Tage. In der Luft oder durch Wärme fixierte Milchpräparate nehmen schnell eine violette Färbung an, die sie unbegrenzte Zeit lang behalten, in diesen gefärbten Präparaten sieht man die Fettkörperchen transparent, jedoch ihre Ränder intensiver gefärbt, als das übrige Gesichtsfeld.
F.

Francesco Peruzzi, VII. Studie über einige Modifikationen des Kasein in bezug auf die Gerinnung derselben. (La Pediatria. März 1905.) Aus den Versuchen des Verf.s geht hervor, daß jeder Zusatz zur Milch das Kaseingerinnsel verändert, ferner, daß in jeder Milch, sei sie rein oder mit Zusätzen versehen, das Koagulum an verschiedenen Tagen verschieden ist. Die Form des Koagulum hängt ab von der Art und Menge der angewandten Säure, von der seit dem Melken verflossenen Zeit und von der Provenienz der Milch.
F.

Vitale Tedeschi, Klinisch-experimentelle Kritik der Behringschen Arbeit „Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit". VIII. Folgerungen und Vorschläge. (La Pediatria.

Mai 1905.) Im Verlauf seiner durch die Behringsche Arbeit angeregten Studien kommt Verf. schließlich zu folgenden Schlußfolgerungen: Formol hat schon in einer Lösung von 1:10000 eine hemmende Wirkung auf die Vermehrung der Saphrophyten und vernichtet die Bact. coli nach einer Anzahl von Stunden. Formol und Glyzerin in bestimmten Proportionen konservieren einige aktive Fermente der Milch, besonders die Oxydase. Weder die Serumreaktion noch kulturelle Untersuchungen liefern den Beweis eines gewöhnlich vorhandenen spezifischen antibakteriellen Vermögens des Blutes gegenüber dem Bact. coli. Formol, Glyzerin und Rinderserum verändern die Form des Kaseingerinnsels, das man durch spontane oder künstliche Zersetzung des Blutes erhält. Formalisierte Milch in den Proportionen von 1:10000 kann ungestraft während einiger Wochen auch bei ganz jungen an Dyspepsie erkrankten Säuglingen gebraucht werden. Bei ihrer Anwendung konstatiert man fast stets eine Besserung des Allgemeinzustandes und der auf die Darmflora zu beziehenden Symptome. In Fällen von Intoleranz gegen sterilisierte oder auch nur gekochte Milch wirkt sowohl der Zusatz von 10 % formolisierten Rinderserums oder auch der Ersatz der gekochten Milch durch rohe formolisierte; der Allgemeinzustand bessert sich ebenso, wie die Beschaffenheit der Fäzes. F.

Enrico Gagnoni, Einfluß der Erwärmung im Wasserbad nach der Soxhletschen Methode auf die Verdaulichkeit der Proteinsubstanzen in der Kuhmilch. (Rivista di Clinica Pediatrica. August 1905.) Das Ergebnis der Untersuchungen läßt sich dahin zusammenfassen, daß das Soxhletsche Verfahren keinen ungünstigen Einfluß auf die in der Kuhmilch enthaltenen Proteinsubstanzen ausübt. F.

Max Einhorn, Eine neue Methode, die Funktionen des Verdauungsapparates zu prüfen. (Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. 12. Nr. 1.) Schon vor 2 Jahren hat E. eine Methode zur Prüfung der motorischen Funktion des Digestionsapparates beschrieben. Er ließ Porzellankügelchen in einer Gelatinekapsel verschlucken und berechnete die Zeit, welche die Kügelchen brauchten, um mit dem Stuhl abzugehen.

Nunmehr armierte er die durchlochten Glasperlen mit einfachen festen Nahrungssubstanzen und sah nach, was nach Passieren des Verdauungskanal von denselben übrig blieb. Er bestimmte zunächst das Verhalten von Katgut, Fleisch, Sehnen, Hühnerhaut, rohe Kartoffel, Fischgräten und Hammelfett im Verdauungskanal des gesunden Menschen. Er fand dabei, daß Katgut und Fischgräte im Magen verdaut werden, während Muskel, Hühnerhaut, rohe Kartoffel nicht ganz verschwinden. Die Muskeln und Hühnerhaut verschwinden im Darm, während Sehnen unverändert bleiben. Rohe Kartoffeln verhalten sich schwankend, Kartoffelhaut passiert unverändert den Darm.

Rindsfett und Hammelfett werden im Darm verdaut, Fette mit hohem Schmelzpunkt z. B. Paraffin, Talg werden im Darm nicht resorbiert. Um festzustellen, wie diese Substanzen vom Magen an-

gegriffen werden, befestigte E. die armierten Perlen mittels einer langen Seidenschnur und zog sie eine bestimmte Zeit nach dem Verschlucken wieder heraus.

Dieselben Substanzen prüfte er nun auch auf ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen des Magens und Darms. Zur Feststellung der Pankreastätigkeit führte er Thymus in den Perlen ein.

Die neue Methode mag für Fälle, in welchem die Anwendung des Magenschlauches nicht möglich ist, zur Diagnose der Sekretionsstörungen des Magens von Vorteil sein, ob sie auch hinsichtlich der Diagnose von Darmaffektionen praktisch brauchbar ist, werden erst ausgiebigere Untersuchungen zeigen. Hugo Starck.

Hagen, Über Atropin-Eumydrinwirkung bei Magendarmerkrankung. (Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. 86. Heft 4 u. 5. S. 400.) Nachdem H. schon in früheren Arbeiten auf die darmerregenden Wirkungen des Atropins hingewiesen hatte, wurden die H.schen Angaben neuerdings durch das Tierexperiment von R. Magnus bestätigt. H. beschäftigt sich auch in vorliegender Arbeit mit der Wirkung des Atropins, die sich je nach der Dosierung verschieden verhält. Durch große Dosen wird die Darmwand gelähmt, kleine Dosen dagegen erregen die Darmbewegung und regulieren dieselbe zugleich, so daß z. B. Antiperistaltik in normale Peristaltik umgewandelt wird; endlich konnte noch eine dritte, sehr bemerkenswerte Wirkung konstatiert werden, die darin besteht, daß man mit minimalsten Atropindosen abnorme Kontraktionszustände des Magendarmkanals momentan beheben kann.

H. zieht dem Atropinsulfat das zuverlässigere salpetersaure Methylatropin oder Eumydrin vor, das in Einzeldosen von 1 mg lange Zeit schadlos genommen werden kann. Er wandte das Mittel in zahlreichen Fällen von Magendarmerkrankungen an und überzeugte sich von der heilsamen Wirkung, wo es galt, antiperistaltische Bewegungen in peristaltische umzuwandeln, krankhaft geschwächte oder rhythmisch gestörte in ihrem Tonus zu heben und ihren Gang zu regeln, krankhaft erregte zu beruhigen und zu normalen Verhältnissen zurückzuführen und gelähmte neu zu beleben.

Ganz besondere Erfolge verspricht sich H. für die Behandlung der Appendizitis und des Ileus. Hugo Starck.

L. F. Meyer, Über Pepsin-Salzsäure als Stomachicum beim Säugling. (Aus dem städt. Kinderasyl zu Berlin.) (Die Therapie der Gegenwart. Mai 1906.) M. stellt für drei Kategorien von Säuglingen die Indikation zur Verordnung von Pepsinsalzsäure auf.

1. Säuglinge, die ohne jede nachweisbare Störung der Organe ungenügend trinken.

2. Säuglinge, die an der Brust tranken, die beim Versuche zu ablaktieren, den Appetit verloren haben.

3. Säuglinge, die sich in der Rekonvaleszenz akuter Erkrankungen, wie Anginen, Bronchitiden, Pneumonien, Furunkulosen usw. befinden und längere Zeit ungenügende Nahrungsmengen aufnahmen.

In die erste Kategorie gehören:

a) Säuglinge, die von Anbeginn an der Brust trinken und mangelnden Appetit zeigen, Kinder, die mit dem Trinken an der Brust aufhören, obwohl diese noch reichlich gefüllt ist. Da ein organischer Mangel nicht nachweisbar, ist die Störung als nervöse aufzufassen. In diese Kategorie gehören auch Kinder mit „exsudativer Diathese".

b) Von Geburt an künstlich genährte Säuglinge, die infolge einer Störung in der ersten Zeit ihres Lebens an die Brust gelegt wurden und nach Monaten noch mangelnden Appetit zeigen.

c) Künstlich genährte Säuglinge, bei denen mit Sicherheit ein organischer Grund für die Appetitlosigkeit auszuschließen ist. Hier ist große Vorsicht bei Verordnung des Appetitmittels geboten, denn oft stellt die Anorexie den Vorboten einer Ernährungsstörung dar, deren Eintreten dann durch Vermehrung der zugeführten Nahrungsmenge beschleunigt wird.

ad 2. Man begegnet außerordentlich häufig Kindern, die bei der geringsten Menge einer künstlichen Beinahrung sofort den vorher guten Appetit verlieren und abnehmen, so daß man gezwungen wird, wieder zur Brustnahrung zurückzukehren. Hier bewirkt oft Pepsin eine rasche Besserung der Anorexie.

ad 3) sind auch Fälle zu rechnen, wo man nach einer Störung in der Ernährung die Kinder an die Brust anlegen mußte, die nun oft wochenlang appetitlos sind; in diesen Fällen erlebt man freilich oft Mißerfolge.

Verordnet wurden entweder Pepsin allein in Form des Witteschen Pepsinpulvers (1 Messerspitze) oder Pepsinpulver gleichzeitig mit 2—4 Tropfen Acid. hydrochloric. dil. oder von der Grüblerschen Pepsinlösung (die bereits zu etwa 3 % Salzsäure mit enthält) allein 2—5 Tropfen, stets vor der Mahlzeit; letzteres Präparat empfiehlt sich schon der Einfachheit der Medikation wegen.

Grätzer.

I. Nanu-Muscal und **Theodor Mironescu** (Bukarest), Über die Einwirkung bitterer Substanzen auf die Ausscheidung der Salzsäure im menschlichen Magen. (România medicale. 1905. Nr. 20.) Der Einfluß der bitteren Tinkturen auf die Magensekretion hat Veranlassung zu zahlreichen Diskussionen gegeben. Namentlich, nachdem gezeigt worden war, daß dieselben die Sekretion des Magensaftes nicht direkt vermehren, wurden Stimmen laut, die Amara gänzlich aus der Zahl der Magenmedikamente auszuscheiden. Die Untersuchungen von Pawloff und seiner Schüler haben aber bewiesen, daß zwar die Amara nicht die Magensekretion unmittelbar vermehren, daß aber nach Eingabe derselben und Aufnahme von Nahrung der dann sezernierte Magensaft viel reichlicher ist, als ohne denselben. Die Verff. haben nun den Einfluß der bitteren Tinkturen und namentlich der Tinkt. chinae auf die Ausscheidung von Salzsäure im Magen untersucht und sind zu dem Schlusse gelangt, daß dieselben sowohl eine Vermehrung der freien, als auch der gesamten Salzsäure im Magensafte bewirken. Hierzu wurde den betreffenden an Hypopepsie leidenden Patienten vorerst ein Probefrühstück verabreicht und nach einer Stunde der Magensaft auf Salzsäure unter-

sucht. Am zweiten Tage wurden 20—30 Tropfen Tinct. chinae in etwas Wasser gegeben, dasselbe Frühstück verabreicht und eine Stunde später wieder der Mageninhalt untersucht. Man fand im letzeren Falle eine deutliche Vermehrung. Während z. B. bei der ersten Analyse die Menge der freien Salzsäure gleich Null war, fand man bei der zweiten Untersuchung 0,584 ‰, in zwei anderen Fällen 0,735 ‰, bzw. 0,522 ‰. Hierdurch ist also auf experimentellem Wege die Wirkung der Amara bei Dyspepsien mit Hypochlorhidrie erwiesen. Eine besondere Wichtigkeit hat die Untersuchung dieser Wirkung in Fällen von Magenkrebs, wo ein sekretionsbefördernder Einfluß mit Bezug auf die Salzsäure zu fehlen scheint, so daß dieser Umstand vielleicht als differentialdiagnostisches Moment für Magenkrebs verwendet werden könnte. E. Toff (Braila).

A. Hüssy, Weitere Beiträge zur Kenntnis der Azidosis im Kindesalter. (Zentralbl. f. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1906. Heft 1 u. 2.) Bei drei gesunden und drei mit exsudativer Diathese behafteten Kindern im Alter von 5—9 Jahren stellte Verf. in der Breslauer Kinderklinik Untersuchungen an zur Beantwortung der Frage, ob zwischen gesunden Kindern und Kindern mit exsudativer Diathese in der Intensität der durch Kohlenhydratkarenz hervorgerufenen Azidose eine wesentliche Differenz besteht. Die Frage wurde durch die Versuche in negativem Sinne entschieden. Es ergab sich dabei, daß, entgegen den Feststellungen von Langstein und Meyer, stets durch die Lunge bedeutend weniger Azeton ausgeschieden wurde als durch den Urin. Auch der von den genannten Autoren aufgestellte Satz, daß die Gesamtazetonmenge, die das jüngere Kind bei Kohlenhydratkarenz ausscheidet, höher als bei Erwachsenen und älteren Kindern ist, kann nach den vorliegenden Versuchen nicht mehr ausnahmslos aufrechterhalten werden. Eine wesentliche Differenz in der Intensität der Einwirkung einer bestimmten Kohlenhydratmenge auf die durch Kohlenhydratkarenz hervorgerufenen Azidose zwischen gesunden Kindern und Kindern mit exsudativer Diathese ließ sich nicht mit Sicherheit nachweisen. — Jedenfalls stellen die Versuche ein materielles Substrat für die klinische Tatsache dar, daß einseitige Fetteiweißmästung, wie sie die sogenannte „kräftige Kost", aus Milch, Fleisch und Eiern bestehend bietet, nicht nur auf den Organismus junger, sondern auch älterer Kinder eine schädliche Wirkung ausübt. Kaufmann (Mannheim).

R. Hilgermann, Die Bakteriendurchlässigkeit der normalen Magendarmschleimhaut im Säuglingsalter. (Aus dem hygien. Institut der Universität zu Berlin.) (Archiv für Hygiene. 1905. Bd. 54. Heft 4.) H. fütterte zwei eintägige Kaninchen und ein gleichaltriges Meerschweinchen mit Milch, in der säurefeste Stäbchen (Blindschleichentuberkelbazillen, unbeweglich, und Petribazillen) suspendiert waren. Tötung und sofortige Sektion der Tiere nach 1½ Stunden: Organe in 6 %ige Formalinlösung bzw. Zenkersche Lösung, Serienschnitte, Färbung nach Ziehl-Neelsen. Bei den beiden Kaninchen waren Bazillen im Magen, besonders im Dünndarm, aber auch im Dickdarm (Proc. vermiformis!) den Zellen an-, wie ein-

gelagert; auch solche Bazillen, die halb im Darmlumen, halb in der Zelle liegen, konnte Verf. mikrophotographisch darstellen. Die Keime fanden sich auch in den übrigen Organen, besonders der Milz. — Beim Meerschweinchen wurde nur „vereinzeltes“ und „mühsames“ Eindringen beobachtet.

Der Übertritt der Keime erfolgt nicht allein an zufällig vorhandenen Läsionsstellen, denn er läßt sich nicht nur an einzelnen Punkten beobachten, sondern in der ganzen Länge des Darms; ebensowenig kann von einer durch Reizwirkung hervorgebrachten direkten Eintrittsmöglichkeit die Rede sein. Verf. schließt sich der Disse-Behringschen Auffassung an, der Übertritt (der übrigens der Tätigkeit der Zellen zuzuschreiben sei!) sei bei einem jungen Tiere möglich, da ihm noch die schützende Schleimschicht fehle.

Th. Fricke (Göttingen).

L. Moll, Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Calcariurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in Prag.) (Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) M. berichtet über einen interessanten Fall und gibt folgende Epikrise darüber:

Ein 5 1/2 Jahr altes, bisher immer gesundes und gut entwickeltes Kind wird mit den Erscheinungen einer schweren Hysterie und den Zeichen schwerer chronischer Verdauungsstörungen (hauptsächlich Dickdarmkatarrh) und einer starken Absonderung von Kalkphosphaten im Harn aufgenommen. Allmählich verschlimmert sich sowohl der somatische Zustand als auch der psychische, führt zu einer vollständigen Alteration des Gemütszustandes des Kindes, die durch anhaltende, über 2 Monate dauernde Schlaflosigkeit verschlimmert wird, mit hysteroepileptischen Anfällen, innerer Unruhe, mürrischem Wesen, Verschlossensein verbunden ist und hochgradige Abmagerung mit allgemeiner Schwäche zur Folge hat (Abnahme von 2 1/2 kg innerhalb 2 1/2 Monate).

Die Änderung der Kost, bestehend in einer Vermeidung kalkreicher Nährmittel (vorzugsweise Milch und Eier) bringt in kurzer Zeit eine wesentliche Besserung sowohl des somatischen Zustandes (Zunahme von 2 kg innerhalb 1 1/2 Monate), als auch eine rasche und vorteilhafte Beeinflussung der Psyche des Kindes herbei. Das Kind ist frei von Anfällen, wird ruhig, schläft gut, ist in seinem ganzen Wesen verändert, findet an den seinem Alter entsprechenden Zerstreuungen Gefallen, ist nicht mehr verschlossen und fühlt sich in seiner Umgebung wohl. Keine Störung der Verdauung, normale, spontane Stuhlentleerung. Der Harn verliert die genannte pathologische Veränderung und nimmt normale Beschaffenheit an.

Das Kind wird nun auf gewöhnliche Diät, die auch mit Milch und Eiern zubereitete Speisen enthält, übergeführt, erkrankt aber bald wieder unter den alten nervösen und somatischen Beschwerden. Allgemeine innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Schwermut, Abnahme des Körpergewichtes, eine durch Kalkphosphate getrübte Urinabsonderung beherrschen wieder das Krankheitsbild. Quantitative Harnuntersuchungen lehren, daß mit Steigerung der Krankheitssymptome ins-

besondere eine Zunahme des Kalkgehaltes und in geringerem Grade eine des Phosphors im Harne parallel geht. Diese Veränderungen vollziehen sich bei gleichbleibender Kost innerhalb zweier Wochen.

Eine neuerliche und durch das Rezidiv notwendig gewordene Änderung der Kost durch Ausschließung der kalkreichen Nährmittel führt bald abermalige und anhaltende Besserung herbei. — Es ergibt sich nun die Notwendigkeit, teils wegen allmählich entstandener Abneigung gegen die kalkarme Diät, teils wegen des schon durch längere Zeit bestehenden Gewichtsstillstandes und teils aus äußeren Gründen, das Kind an die gewöhnliche, Milch und Eier schwer entbehrende Kinderkost zu gewöhnen. Auf Grund oben angeführter theoretischer Erwägungen wird der Versuch des Überganges mit fetter Milch gemacht und auch glücklich durchgeführt. Das Kind verträgt diese Kost gut, nimmt an Gewicht zu, ist frei von nervösen und Verdauungsbeschwerden, der Harn behält normale Beschaffenheit.

Durch die experimentell-klinische Aus- und Einschaltung der kalkreichen Nährmittel hat also die Annahme einer Beeinflussung nicht nur des somatischen, sondern auch des psychischen Zustandes an Berechtigung und Beweiskraft gewonnen, so daß in allen derartigen Fällen oder auch vielleicht bei den gleichen mehr vorübergehenden Harnveränderungen, denen gewöhnlich psychische Alterationen voranzugehen pflegen, die Regelung der Diät im genannten Sinne (Tobler), i. e. Zufuhr von Fett, Fleisch, Zucker, Obst und Vermeidung kalkreicher Nährmittel, namentlich Milch und Eier, empfohlen werden kann. Der Übergang auf Milchkost ist mit fetter Milch zu versuchen.

Grätzer.

G. B. Allaria, Beitrag zum Studium der nervösen Komplikationen des Typhus im Kindesalter. (Gazz. degli osped. 1906. Nr. 3.) Im ersten Falle (6jähriges Kind) erschien in der vierten Woche bei fortdauerndem, hohem Fieber langsam eine rechtsseitige spastische Hemiparese, mit Betroffensein des Fazialis, Insuffizienz der Sphinkteren, nach 3 Tagen traten meningitische Symptome und nach weiteren 4 Tagen motorische Aphasie hinzu; die Symptome bildeten sich langsam zurück, und es blieb nun lange eine Steigerung der rechten Sehnenreflexe. Im zweiten Falle (ebenfalls 6jähriges Kind) traten sehr früh meningitische Reizsymptome auf; sie waren nach einer Lumbalpunktion bereits gebessert, die erschien am 21. Tage eine motorische Aphasie, nach weiteren 7 Tagen wurde das Kind von heftigen Krämpfen im rechten Arm ergriffen, mit nachfolgender Lähmung der Hand. Auch in diesem Falle war das einzige Überbleibsel die Reflexsteigerung. Der dritte Fall, Tod unter meningitischen Symptomen, bietet nichts Besonderes; im vierten Falle, einem 13jährigen Kinde, trat Ende der zweiten Woche eine typische Tetanie mit Urininsuffizienz hinzu.

Kaufmann (Mannheim).

A. Cavazzani, Frühblutung beim Abdominaltyphus. (Riv. crit. di Clin. Med. 1906. Nr. 6.) Darmblutungen sind beim Kindertyphus überhaupt viel seltener als beim Erwachsenen, und Frühblutungen wie hier am 10.—11. Tage gehören gewiß zu den großen Seltenheiten. Noch merkwürdiger ist die Ursache, die bei dem

8jährigen Kinde die Blutung herbeiführte. In den abgegangenen Koagulis (im ganzen gingen wohl 500 ccm Blut zu Verlust) fanden sich die Trümmer eines Kotsteines, der zusammengesetzt 4—5 cm lang, $^1/_2$ cm dick, in seiner Länge von einem Kanal durchsetzt war. Durch die scharfen Bruchkanten war wohl der kranke Darm verletzt worden und so die Blutung zustande gekommen. Kaufmann (Mannheim).

Fritz Meyer u. **Neumann,** Über hämorrhagische Diathese bei Typhus abdominalis. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 1.) Aus den von den Verff. veröffentlichten Krankengeschichten ergibt sich, daß die hämorrhagische Diathese der Typhuskrankheit stets mit besonders schweren Infektionen vorgesellschaftet ist, deren Prognose äußerst zweifelhaft ist. Die bakterielle Ursache kann in einer reinen Infektion mit hochvirulenten Typhusbazillen bestehen, ohne daß andere ätiologische Faktoren mitbestimmend sind. Der Zeitpunkt des Auftretens der hämorrhagischen Erscheinungen ist zumeist der Beginn der dritten Krankheitswoche; zumeist sind Kinder für derartige Erscheinungen empfänglich, wenn auch das höhere Alter nicht davon verschont bleibt. Die Behandlung derartiger Krankheiten unterscheidet sich nicht von der sonstigen schwerer Typhen und muß symptomatisch-diätetisch geführt werden, verbunden mit regelmäßig wiederholten großen Kochsalzinfusionen. Freyhan (Berlin).

E. Cousin et **S. Costa,** La Réaction des urines au bleu de méthylène dans la fièvre typhoide. (La presse médicale. 1906. Nr. 21.) Bekanntlich hat Russo in einer unlängst veröffentlichten Arbeit (Riforma medica. 13. Mai 1906) eine Methode der Diagnostik des Abdominaltyphus und einiger anderer infektiöser Krankheiten angegeben, bestehend darin, daß man zu 4—5 ccm filtrierten Harnes einige Tropfen einer Methylenblaulösung 1:1000 hinzufügt. Während der ersten Krankheitsphase ist die Farbe hellgrün, wird smaragdgrün während der Akme, um dann allmählich zur ursprünglichen blauen Farbe des Reagens zurückzukehren. In den schweren Fällen verbleibt die smaragdgrüne Farbe bis zum Tode. Russo sprach die Ansicht aus, daß es sich bei dieser Reaktion um eine Einwirkung der durch den Harn ausgeschiedenen Toxine auf den Farbstoff handle. Die Verff. haben nun diese Methode an einer größeren Anzahl von Typhusfällen nachgeprüft und sind zur Überzeugung gelangt, daß es sich keineswegs um eine Toxineinwirkung handle, sondern daß die Grünfärbung auf die größere oder geringere Konzentration des Harnes beruhe. Man kann dieselbe auch darstellen, wenn man eine Eprouvette mit diluierter Farblösung vor einer solchen mit Harn hält, indem bekanntlich gelb und blau grün ergibt. Die Reaktion ist also darauf zurückzuführen, daß im Verlaufe von akuten fieberhaften Krankheiten der Harn spärlich gelassen wird und eine dunkelgelbe Farbe hat, wodurch auch die grüne Farbe zustande kommt. Mit fortschreitender Rekonvaleszenz und Aufhellung des Harnes tritt auch die ursprüngliche Blaufärbung wieder auf. E. Toff (Braila).

A. Chantemesse (Paris), Cinq ans de sérothérapie antityphique. (La presse mèdicale. 1906. Nr. 16.) Der Verf. gibt

eine Übersicht der in den letzten 5 Jahren in den Spitälern von Paris und in seiner Abteilung behandelten Typhusfälle und gelangt zum Schlusse, daß während die Mortalität der nach den üblichen Methoden behandelten Typhikern 17,3 % betrug, er nur eine Mortalität von 3,7 gehabt hat. Je früher der Fall in Behandlung tritt, um so rascher ist auch ein Abfall der Fieberkurve zu verzeichnen. Nach der Einspritzung beobachtet man zwei Perioden, die eine der Reaktion, welche 1—4 Tage dauert und während welcher Zeit die Milz und das lymphoide Gewebe hypertrophiert und die Zahl der Lymphozyten erheblich zunimmt. In der zweiten, auf die erwähnte oft plötzlich folgende Periode, fällt die Temperatur in oft kritischer, sonst aber in lytischer Weise ab, namentlich wenn der Fall schwer ist und das Serum spät angewendet wurde. In sehr schweren Fällen ist noch eine zweite Einspritzung mit der Hälfte der Dosis notwendig um Entfieberung zu erzielen. Eine weitere Folge der in Rede stehenden Einspritzungen ist das Ansteigen des Blutdruckes, das Verschwinden der Kopfschmerzen, eine Besserung des Allgemeinbefindens, der Diarrhöe und des Aussehens.

Das antityphische Serum von Ch. wird in minimalen Dosen, Teile eines Kubikzentimeters, eingespritzt; es ist antitoxisch, erhöht die bakterizide Kraft des Blutes und wirkt dadurch, daß es die natürliche Abwehr des Organismus gegenüber der typhösen Infektion erhöht. Es ist dies aus der Milzvergrößerung, die infolge der Seruminspritzung sich entwickelt und mit Beginn der Entfieberung zurückgeht und aus dem Blutbefunde (Vermehrung der Polynuklearen, Wiederauftreten der eosinophilen und, einige Tage später, Vermehrung der großen mononuklearen Zellen) zu entnehmen. E. Toff (Braila).

Bruch (Tunis), Fièvre typhoide avec hypothermie remarcable au moment de la déferveseence. (Arch. de méd. des enf. 1906. Nr. 3.) Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben mit typischem, auch durch die Seroreaktion bestätigtem Abdominaltyphus. Am 21. Tage sank die Temperatur bis auf 34,1°, man machte eine Einspritzung von 250 g künstlichem Serum, Äthereinspritzungen und ein Senfbad, worauf die Temperatur auf 39,1° stieg. Am zweiten Tage früh wurden 35,9° gefunden, am folgenden Tage 34,2°, dann 38,6°. Endlich, 2 Tage später, sank die Temperatur auf 33°, die nach einem Senfbade wieder auf 38,6° anstieg. Der Verf. dachte an eine Malaria, welche sich durch Hypothermie auszeichnete und am Ende des Typhus aufgetreten war, weshalb drei Chinineinspritzungen gemacht wurden, die wieder die Temperaturkurve des Abdominaltyphus erscheinen ließen, nach einigen Tagen war der Zustand wieder ein normaler. Einen ähnlichen Fall mit Hypothermie beobachtete B. bei einem 32jährigen Manne, welcher in komatösem Zustande ins Krankenhaus gebracht wurde und bei welchem eine Rektaltemperatur von 34,5° gefunden wurde. Bei der Blutuntersuchung wurden Malariaplasmodien gefunden, am folgenden Tage trat Exitus ein. E. Toff (Braila).

N. Nestor, Ein Fall von Typhus bei einem 10 Monate alten Kinde. (Spitalul. 1906. Nr. 1.) Der Fall ist dadurch inter-

essant, daß Typhusfälle in so niedrigem Alter nur selten zur Beobachtung gelangen, vielleicht auch aus dem Grunde, daß die Diagnose nur schwer gestellt werden kann. Auch der betreffende Fall hatte nur Hitze, Husten und Dyspnoe dargeboten und zeigte mehrfache Herde von katarrhalischer Pneumonie. Die Tatsache, daß aus derselben Familie kurz vorher Fälle von Typhus in Krankenhausbehandlung gestanden waren, führte zur Untersuchung der Widalschen Agglutinationsprobe und es zeigte sich, daß dieselbe bei 1:50 und 1:100 nach 15 Minuten positiv ausfiel. Da das Kind starb, konnte die Nekropsie vorgenommen und auch durch dieselbe die Diagnose bestätigt werden, indem geschwellte und teilweise ulzerierte Peyersche Plaques, geschwellte Mesenterialdrüsen, vergrößerte Milz und lobuläre Pneumonie gefunden wurde. E. Toff (Braila).

A. Baronio, Eine ungewöhnliche Komplikation beim Typhus der Kinder. (Rivista di Clinica Pediatria. II. 1905.) Der bei einem 10jährigen Mädchen beobachtete Typhusfall war erstlich dadurch bemerkenswert durch den ganz brüsken Beginn der Krankheit, ferner durch zwei Komplikationen, nämlich Endokarditis und Hirnblutung, die den Tod herbeiführten. F.

G. v. Ritter, Über die Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose mittels Intubation in der Privatpraxis. (Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 52.) v. R. zeigt an neun Fällen, daß die Intubation auch in der Privatpraxis möglich ist. Dazu gehört aber außer einer vorangegangenen energischen antitoxischen Therapie und anderen Voraussetzungen vor allen Dingen die, daß der Arzt leicht und rasch zu erreichen ist (Nähe der Wohnung, Straßenbahn, Telefon usw.).

v. R. benutzt zur Intubation stets die Hartgummituben der Firma Ermold in Neuyork, welche infolge ihrer Bauart seltener ausgehustet werden. Bei allen Kindern wurde der zur Vornahme jeder Intubation vorschriftsmäßig durch ein Loch des Tubuskopfes eingefädelte Seidenfaden nach gelungener Intubation nicht entfernt, sondern zwischen zwei Zähnen des linken Oberkiefers hindurch auf die linke Wange herausgeleitet und daselbst mittels Heftpflasterstreifen fixiert, eine Maßregel, die für die Privatpraxis unumgänglich notwendig ist.

Grätzer.

III. Neue Bücher.

Die Mineralwässer und klimatischen Kurorte Rnmäniens. Von Dr. Al. Schaabner-Tuduri. 2. Auflage. Bukarest 1906. 646 S.

Ein bedeutendes und interessantes balneologisches Werk ist kürzlich in rumänischer Sprache unter obigem Titel erschienen. Der Verf., welcher sich seit Jahrzehnten mit dem Gegenstande beschäftigt, hat mit seltenem Fleiße und peinlicher Genauigkeit alles in balneologischer und klimatischer Hinsicht Wissenswerte zusammengestellt, vieles Unbekannte hervorgehoben, — selbst die detaillierte Anführung der Flora der wichtigeren Ortschaften nicht vergessen —, und hierdurch eine Lücke in der medizinischen Literatur und speziell in derjenigen Rumäniens, in gediegener Weise ausgefüllt.

Der Gegenstand ist in erschöpfender und leicht übersichtlicher Weise behandelt, so daß man nicht nur ein interessantes Lehrbuch, sondern auch ein bequemes Nachschlagewerk vor sich hat.

Es wäre nur zu wünschen, daß baldigst eine deutsche Übersetzung dieses Buches erscheinen möge, wodurch therapeutisch wichtige mineralische Quellen und klimatische Kurorte, an denen Rumänien so überaus reich ist, auch im entfernteren Auslande bekannt und geschätzt werden würden. Tatsächlich stehen, was chemische Zusammensetzung der Quellen oder Klima anbetrifft, viele Kurorte Rumäniens so manchen weltberühmten Badeorten ebenbürtig an der Seite oder übertreffen sie sogar in manchen Beziehungen.

Speziell für den Pädiater sind von Interesse: Tekir-Ghiol, ein ausgezeichnetes Solbad in der Nähe von Konstanza, 150 m weit vom Meeresstrande, welches in der Behandlung skrofulöser Erkrankungen, durch die Verbindung von maritimem Klima mit saliner Balneotherapie, wahre Wunder wirkt. Ferner wären zu erwähnen die Jodbäder Lakul-Sarat und Sarata-Monteoru, Kalimaneschti u. a., mit welchen namentlich bei Skrofulose und Syphilis hervorragende Erfolge erzielt werden können. E. Toff (Braila).

Dr. Alban Köhler. **Zur Röntgendiagnostik der kindlichen Lungentuberkulose.** Mit 3 Abbildungen im Text und 15 Illustrationen auf 3 Tafeln. Hamburg 1906. Preis Mk. 4.

Eine recht interessante und lesenswerte Schrift, welche einen bislang arg vernachlässigten Teil der Pädiatrie mit viel Geschick in Angriff nimmt. Verf. ist sich der Unvollkommenheiten seines Verfahrens wohl bewußt: vor allem fehlt ja der bazilläre wie auch der autoptische Nachweis wirklich bestehender Tuberkulose; er glaubt aber dennoch, und mit Recht, seinen Untersuchungen einen gewissen Wert beimessen zu dürfen. Nach allgemein klinisch-diagnostischen Vorbemerkungen wird die einschlägige Röntgenliteratur gewürdigt und dann der angewandten Technik breiter Raum gegeben. Nach K. verdient hierbei die Röntgenographie entschieden den Vorzug vor der Röntgenoskopie einmal wegen der größeren Genauigkeit und dann wegen der nicht zu vermeidenden Schädigungen des Auges durch lange wirkendes Fluoreszenzlicht.

Zur Einarbeitung am darkbarsten sind Fälle, in denen bereits Verkalkungen der intrathorakalen Drüsen eingetreten sind, da hier durch die Dichtigkeit der Kalkmassen sehr auffällige Kontraste entstehen. Solche Personen, die nach hausärztlichem Bericht als Kinder zwischen dem 4. und 10. Lebensjahre sicher eine skrofulöse Erkrankung der Atmungsorgane überstanden hatten, zeigten mit verblüffender Deutlichkeit inmitten der hellsten Lungentransparenz runde erbsen- bis haselnußgroße Gebilde von intensiver Schattentiefe ähnlich einem Projektil. Auffällig ist, daß solche Schatten häufig relativ fern vom Mittelschattenrand gelegen sind.

Das Verhalten nicht verkalkter, aber verkäster Drüsen entspricht ihrem anderwärts gefundenen relativ großen Gehalt an Kalk und Phosphorsäure. Sie geben also sicher einen dunkleren Schatten als einfach hypertrophische oder indurierte Drüsen.

Tuberkulöse, aber noch unverkäste Drüsen werden dann erkenntlich, wenn sie um mindestens das Doppelte vergrößert sind und ihr Schatten nicht mit anderen derberen Schatten der Nachbargebilde zusammenfällt, also mit größeren Bronchien und Blutgefäßen. An den Partien hellster Lungentransparenz, also vor allem in Mitte und basiswärts der Lungen treten vergrößerte Lymphdrüsen jeder Art bei tadellosen Röntgenphotogrammen erkennbar hervor, während sie nach der Thoraxmitte zu mehr und mehr durch den Schatten der größeren Gefäße und Bronchien verdeckt werden. Im Schirmbild konnten solche einfachen Drüsenvergrößerungen niemals sicher erkannt werden. Sie setzen ja auch der Perkussion die größten Schwierigkeiten entgegen.

Im allgemeinen ist die Ventralaufnahme dem Dorsalbilde vorzuziehen und soll in liegender Stellung gemacht werden. Bei großen Drüsentumoren kann man eine Aufnahme in schräger Durchleuchtung oder auch bei frontalem Strahlengang versuchen. Auf die Bemerkungen über die häufigsten Fehler bei der Diagnose der Spitzentuberkulose sei hier nur hingewiesen.

Die beigegebenen Photogramme sind ziemlich gut und übersichtlich, doch haben sie offenbar durch die Reproduktion schon mehr als wünschenswert gelitten.

Hecker.

Ph. Biedert. **Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege.** In fünf Lieferungen (à Mk. 1,60). Verlag von F. Enke in Stuttgart.

Im Verein mit einer Anzahl namhafter Kinderärzte gibt hier B. ein Werk heraus, welches in der Literatur über Kinderpflege einen ehrenvollen Platz zu beanspruchen das Recht hat. In den ersten drei uns vorliegenden Lieferungen finden wir folgende Einzelarbeiten: „Einleitung“ von Prof. Biedert, „Pflege im 1. und 2. Lebensjahr“ und „Ernährung im 1. und 2. Lebensjahr“ von Dr. Gernsheim, „Pflege und Ernährung bei Verdauungskrankheiten im 1. und 2. Lebensjahr und einigen anderen Krankheiten dieser Zeit“ von Dr. Reinach, „Angeborene Erkrankungen, die bei und unmittelbar nach der Geburt erheblich sind“ von Dr. Cramer, „Angeborene Erkrankungen, die über die erste Zeit hinaus von Bedeutung sind“ von Dr. Rey, „Beaufsichtigung der Kostkinder, Gemeindewaisenpflege“ von Dr. Würtz, „Skrofulose, Tuberkulose, Rachitis usw. und Blutkrankheit des Kindes“ von Prof. Siegert, „Anstalten für Kinder“ von Dr. Rey, „Entwicklung, Ernährung, Pflege und Erziehung vom dritten Jahre ab“ von Dr. Selter, „Die Pflege und Ernährung des kranken Kindes im allgemeinen, einschließlich Krankheitsverhütung“ von Dr. Selter.

Alle die genannten Autoren behandeln ihr Thema in vortrefflicher Weise und geben Eltern und Erziehern einen ausgezeichneten Führer in die Hand, zumal gute Abbildungen dafür sorgen, daß manches direkt dem Auge des Lesers vorgeführt wird. Leider hält sich das Werk nicht überall auf den Grenzen, die einem populären Werke gesteckt sind. Was soll der Laie mit der genauen Beschreibung der Stuhluntersuchung (S. 80 ff.), was mit einer Schilderung der Schultzeschen Schwingung (S. 121)? Noch weniger gutzuheißen ist eine solche Grenzüberschreitung da, wo es sich um Krankheitsbehandlung handelt. Auf S. 96 finden wir direkt Rezepte (Boraxlösung, Protargol, Perhydrol, Kal. chloric.), was soll der Laie damit? Selbst ein Anästhesierezept erhält er. Auf S. 98 finden wir Brom, Chloral empfohlen, auf S. 100 Liq. ferri sesquichlorat., Tannin, Wismut, an anderer Stelle Jodkali usw. Alles dies gehört nicht in ein populäres Buch, und wir hoffen, daß bei einer Neuauflage die Autoren sich nach dieser Richtung hin äußerste Beschränkung auferlegen werden. Erst dann wird das — sonst ausgezeichnete — Werk Laien unbedenklich in die Hand gegeben werden können und seinen Zweck aufs beste erfüllen. Grätzer.

IV. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 15. März 1906.

Swoboda zeigt das Herz des in früherer Sitzung vorgestellten Kindes mit stenokardischen Anfällen (bei Stuhlentleerung). Die Sektion ergab Septumdefekt sowie Stenose der Art. pulmonalis.

Brandweiner stellt ein 4jähriges Kind mit **Xanthoma tuberosum** vor. Zerstreut am Körper finden sich verschieden große, ganz flache, wenig vorspringende Knötchen von strohgelblicher Farbe. Die sichere Diagnose kann erst nach histologischer Untersuchung gestellt werden. Die gelbe Farbe der Effloreszenzen rührt von Fetteinlagerung her. Die ganze Frage des Xanthoma ist noch strittig. Man unterscheidet drei Formen: das X. planum, tuberosum und diabeticum. Das X. planum tritt meist im späteren Alter auf und hat seine Lieblingslokalisation am oberen und unteren Augenlide. Das X. tuberosum ist über den ganzen Körper verbreitet. Das X. diabeticum wird bei Diabetikern beobachtet.

Preleitner zeigt ein hereditär nicht belastetes Kind (10 Jahre) mit Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Die Erkrankung hat zur Zerstörung des knorpeligen Septums geführt. In den Umgebung der Geschwürsfläche sieht man gelbliche Knötchen. Das Kind zeigt überdies noch eine andere tuberkulose Affektion (Fungus des rechten Ellenbogengelenkes).

Escherich berichtet im Anschlusse an diesen Fall über den günstigen Erfolg der Tuberkulinbehandlung bei dem in einer früheren Sitzung vorgestellten Kinde mit Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Nach der ersten Injektion zeigte sich intensive Lokalreaktion, nach zwei weiteren Injektionen war das Geschwür nahezu verschwunden.

Escherich zeigt ein 3 Wochen altes Kind mit durch konservative Behandlung geheiltem Nabelschnurbruch. Das Kind zeigte bei der Aufnahme (4 Tage alt) einen typischen hühnereigroßen, mit breiter Basis aufsitzenden Nabelschnurbruch. Darunter waren deutlich Darmschlingen sichtbar. Dieser Zustand ist prognostisch sehr ungünstig, da es schon vor Abstoßung der Nabelschnur zur Infektion des Peritoneums kommen kann.

Die Behandlung besteht darin, daß man alles gangränöse Gewebe möglichst entfernt und den ganzen Bruch einfach dick mit Dermatol überpudert. Diese Dermatolschicht wird durch fortgesetztes Wiederaufstreuen unverändert erhalten. Bei dieser Desinfektion durch Austrocknung heilt die Bauchwandwunde unter Granulationsbildung aus. Jetzt im Alter von 3 Wochen ist nur mehr eine nagelgliedgroße granulierende Fläche vorhanden.

Escherich erstattet weiter ein übersichtliches Referat über die Berliner Ausstellung für Säuglingspflege.

Hamburger hält einen Vortrag „**Über Perkussionsbefunde neben der Wirbelsäule bei Pleuritis.** Er bestätigt den Befund Rauchfuß', daß bei Pleuritis mit größeren Exsudaten auf der gesunden Seite neben der Wirbelsäule ein Dämpfungsdreieck nachweislich ist (die paravertebrale Dämpfungszone). Dazu fügt H. eine neue Beobachtung zu, dahingehend, daß von der Dämpfungsseite ausgehend bei starker Perkussion auf der kranken Seite eine Aufhellung des Perkussionsschalles erfolgt, welche Zone an die Wirbelsäule angrenzt. Diese Zone bezeichnet H. als paravertebrale Aufhellungszone.

H. geht in seinem Vortrage nicht auf die diagnostische Bedeutung dieses Phänomens ein, sondern berücksichtigt die Bedeutung dieses Befundes für die Theorie des Perkussionsschalles. Der Perkussionsschall ist die Summe zweier Faktoren. Er entsteht einerseits durch das Mitschwingen des darunter liegenden Gewebes (Skoda), andererseits durch das Mitschwingen des Thorax (letzteres als Platte gedacht).

Die paravertebrale Aufhellungszone ist bedingt durch das bei starker und mittelstarker Perkussion erzeugte Mitschwingen des Thorax auf der gesunden Seite. Als Beweis der Richtigkeit dieser Erklärung demonstriert H. an einem Kinde mit Pleuritis (Empyem), daß die paravertebrale Aufhellungszone sofort verschwindet, wenn man durch Auflegen der Hände auf die gesunde Thoraxhälfte das Mitschwingen der letzteren verhindert. B. Schick (Wien).

Vom internationalen Tuberkulosekongreß

in Paris vom 2.—7. Oktober 1905.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

I. und II. Sektion: Medizinische und chirurgische Pathologie.

Untersuchungen über die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose hat Dr. Ibsen (Kopenhagen) angestellt und gefunden, daß dieselbe sehr häufig sei, und zwar ebenso beim Kinde wie beim Erwachsenen.

Die Nachkommenschaft tuberkulöser Mütter. Dr. A. Cherrin folgert aus den in 8jähriger Beobachtung gesammelten Erfahrungen, daß die Kinder tuberkulöser Mütter häufig mit verschiedenen Mängeln behaftet sind: Häufig sei das Gewicht solcher Neugeborener geringer als normal, das Wachstum ein langsames und die Körperwärme herabgesetzt. Störungen im Verdauungskanal seien nicht selten, der Urin habe eine dunklere Färbung wegen des Gehalts an Indikan, Urobilin usw. Solche Sprößlinge sind für Infektion besonders empfänglich; bei ihrem schlechten Ernährungszustande ist der Wärmeverlust gesteigert, die Zellen befinden sich aus dieser Ursache und verschiedenen anderen in einem Zustande der Überanstrengung.

Statistische Bemerkungen zur Heredität der Tuberkulösen. Dr. Pegurier (Nizza) ist auf Grund der Untersuchungen bei 350 Familien, deren Kinder tuberkulös wurden, zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. Der Alkoholismus des Eltern ist von allen Familienmängeln, die Tuberkulose nicht ausgenommen, der schlimmste. 2. Bei 350 Familien mit Tuberkulösen war in nahezu der Hälfte Vater und Mutter von bemerkbaren Mängeln frei. 3. Es scheint kein Antagonismus zwischen arthritischer Veranlagung der Eltern und tuberkulöser der Kinder zu bestehen. 4. Die Familien, wo der Vater zugleich Alkoholiker und Tuberkulöser war, wiesen die größte Kinderzahl auf. 5. Die Familien, wo der Vater Alkoholiker war, hatten merklich mehr tuberkulöse Mädchen als Knaben. 6. Die Kinder von Alkoholikern wiesen eine weit größere Sterblichkeit auf als die Kinder von Eltern, die mit anderen Mängeln behaftet waren. 7. Der Alkoholismus der Eltern ist jene Veränderung, welche durch die größte Säuglingssterblichkeit gekennzeichnet.

Über intermittierende Albuminurien im Kindesalter vom Gesichtspunkte ihres Zusammenhangs mit tuberkulöser Heredität oder als Vorzeichen der Infektion. Prof. Teissier (Lyon): Alle Albuminurien im jugendlichen Alter haben ihre Ursache in einer erblichen Veranlagung. Bei 34 % der Albuminuriker habe er tuberkulöse Disposition durch Vererbung festgestellt. Die erbliche Veranlagung stamme entweder direkt von den Aszendenten, in gleicher Weise von Vater wie Mutter, oder von verwandtschaftlicher Seite. Seitenlinien.

Am häufigsten zeige sich diese Albuminurie verbunden mit tuberkulöser Infektion in der Pubertätsperiode zwischen 12. und 16. Lebensjahr, in einem Alter, wo bei jungen Mädchen häufig die ersten Zeichen einer sogen. angeborenen Mitralstenose in die Erscheinung treten. Die Albuminurie ist in diesen Fällen gewöhnlich eine intermittierende. Das Nierenepithel erscheint in seiner Funktion unbeschädigt; in einigen Fällen kann jedoch entzündliche Reizung der Niere bei den Kindern vorhanden sein, durch Aufnahme erblich übertragbaren Krankheitsgiftes.

Von den 34 % oben genannter Kranken sind sechs gestorben, und zwar an akuter oder sehr rasch verlaufender Lungenschwindsucht, nur bei einem Falle wurde Nierentuberkulose festgestellt; der Urin wurde in allen Fällen frei von Tuberkelbazillen gefunden.

T. nimmt eine doppelte Art der erblichen Tuberkulose an: 1. durch Übertragung des tuberkulösen Giftes allein, 2. durch Übertragung der Bazillen; letztere Art sei die weitaus seltenere.

In diagnostischer Beziehung müsse das Vorhandensein einer intermittierenden Albuminurie in Verbindung mit einer ausgesprochenen Magenerweiterung und Steigerung der Phosphatausscheidung, ohne Herabsetzung des arteriellen Druckes, bei einer tuberkulös erblich belasteten Person als sehr suspekt angesehen werden.

Die Nachkommen von Tuberkulösen: Hereditäre Disposition. Dr. George Ogilvie (London) führt aus, daß die Übertragung von Tuberkulose durch den Samen oder das Ei zweifelhaft, die Übertragung auf dem plazentaren Kreislaufe sehr selten sei. Es gebe aber gewisse anatomische und chemische Bedingungen, welche die Entwicklung der Krankheit begünstigen und diese schaffen, auf das Kind übertragen, die hereditäre Disposition. Es mag ja keine „spezifische“ Disposition geben, sicher aber gebe es eine hereditäre Diathese, welche einen günstigen Boden für die Ansteckung schaffe.

III. Sektion: Schutz und Fürsorge für das Kind.

Drüsentuberkulose beim Kinde. Dr. F. Pottica (Paris): Die Tuberkulose sei oft latent beim Kinde, sie komme außerordentlich häufig vor (40 %); es sei meist eine Drüsen-Lungentuberkulose. Die latente Lungentuberkulose nehme bis zum 6. Jahre zu; es gebe ein Höhestadium vom 2.—7. Lebensjahre. Die Drüsentuberkulose nimmt in ihrer Entwicklung ab bis zum 8. Jahre und erstreckt sich bis zum 15. und 16. Lebensjahre. Die stärkste Ausbreitung zeige die Drüsentuberkulose vom 2. Jahre ab. Die Abnahme derselben mit dem zunehmenden Alter läßt annehmen, daß jede Tuberkulose im Kindesalter Neigung zu Heilung habe.

Radioskopie. Dr. Roux (Cannes): Die Radioskopie sei zur Diagnose latenter Drüsen- und Lungentuberkulose beim Kinde notwendig, sie gebe die zuverlässigsten Resultate, allerdings sei starke Bestrahlung notwendig. Das Lungengewebe in der Umgebung der Drüsen sei sehr selten weniger durchgängig gefunden worden.

Desgleichen hebt Dr. Barret (Paris) den Nutzen der Radioskopie bei der

Diagnose versteckter Tuberkulose hervor; zu berücksichtigen sei dabei: 1. Hypertrophie der Drüsen; diese scheine sich in zwei Gruppen zu scheiden, je nach Aussehen und Lage des beobachteten Schattens: seitliche Herde entsprechen der gewöhnlichen Drüsen-, mittlere der eigentlich als Tracheo-Bronchialdrüsenschwellung bezeichneten. 2. Verdichtung des Lungengewebes, Schatten, durch Verdichtung der Pleura hervorgerufen; 3. Schrumpfung des Lungengewebes (Sklerose); 4. Zwerchfell, Rippen, Herz.

Tuberkelbazillen im Stuhlgang der Kinder. Dr. Cruchet: Da die Kinder nicht ausspucken, sondern den Auswurf meist verschlucken, habe die Untersuchung des Stuhlgangs der Kinder auf Tuberkelbazillen große diagnostische Bedeutung; die Durchführung dieser Untersuchung sei nicht besonders schwierig, namentlich wenn man die Methode von Strasburger benütze.

Der tuberkulöse Pneumothorax bei Kindern. Dr. Cruchet: Der tuberkulöse Pneumothorax sei die seltenste Form des Pneumothorax bei Kindern, welche bei diesen überhaupt nur ausnahmsweise beobachtet werde. Die Ursache desselben sei zumeist tuberkulöse Bronchopneumonie; es trete in der Regel an der Basis der linken Lunge auf; die Diagnose sei manchmal schwierig, die Prognose im allgemeinen ungünstig.

Nase und Rachen als Eintrittspforte der Tuberkulose. Dr. Roulaz: Die Entstehung der Tuberkulose sei meist eine nasopharyngeale. Die Entwicklung der Lungentuberkulose mache drei Etappen durch: 1. Etappe im Nasenrachenraum, 2. in der Halsdrüse, 3. in den Lungenspitzen. Dieser Weg erkläre am besten die Lokalisation der Tuberkulose in den Lungenspitzen. Es dürfen mit Rücksicht darauf irgendwelche gewöhnliche Affektionen im Nasenrachenraum nie vernachlässigt werden, wie es gar oft geschieht, weil sie den Eintritt der Tuberkulosekeime begünstigen.

Urinausscheidung bei tuberkulösen Kindern. Dr. Barbier und Dr. Brisart fanden im Anfangsstadium der Tuberkulose der Kinder bei bestimmter Ernährung und Ruhekur 1. eine Steigerung der Harnmenge sowohl im ganzen als auch in bezug auf 1 kg des Körpergewichts, 2. eine Vermehrung der Ausscheidung von Stickstoff und Phosphorsäure bis zum doppelten des Normalen, 3. Wechsel in der Ausscheidung bei denselben Kranken je nach der Reaktion auf die tuberkulöse Infektion.

Behandlung tuberkulöser Kinder an der Meeresküste. Dr. Leroux berichtet über 1196 behandelte Fälle innerhalb 10 Jahren. Resultate im allgemeinen günstig, sie wären bei strengerer Aussonderung der Fälle jedenfalls noch besser. Knochentuberkulose heile bei gutem Allgemeinzustand, wenn nicht Zufälligkeiten durch Septikämie oder allgemeine Tuberkulose auftreten. Drüsenperitonealtuberkulose, Lupus usw. heilen sehr oft, Lungentuberkulose verschlimmere sich. Die Behandlung der Tuberkulose bei Kindern ist immer langwierig und kostspielig. Meeressanatorien eignen sich hauptsächlich als prophylaktisches Hilfsmittel für lymphatische Konstitutionen, für Bedrohte oder hereditär tuberkulös Belastete.

Höhenkur bei Lungentuberkulose der Kinder. Dr. Casaux (Paris): Die Heilmittel, welche sich gegen den Bazillus selbst richteten, hatten versagt, während jene, welche die Kräftigung des Organismus erstreben, die besten Resultate erzielen. Zu letzteren Mitteln zählen wir auch die Präventivkuren, denen zum mindesten dieselbe Bedeutung zukomme wie der Behandlung an der Meeresküste, und zwar 1. Hochalpe bei einer gewissen Zahl von Kindern mit sehr atonischer und lymphatischer Konstitution, 2. subalpines Klima in Verbindung mit Mineralwasserbehandlung bei der Mehrzahl der bedrohten Kinder.

Hierzu eignen sich verschiedene Täler der Schweiz, Österreichs, Spaniens und Italiens; in Frankreich seien am bevorzugtesten die Gebirge von Savoyen, der Jura, die Vogesen, Auvergne und die Pyrenäen.

Lungenkaverne bei einem Säugling. Dr. Lortal-Jacob und Dr. Vitry (Paris) berichten über den äußerst seltenen Fall einer Lungenkaverne bei einem Säugling; dieselbe hatte ihren Sitz am hinteren Rand der rechten Lunge in der Höhe einer Lymphdrüse, welche den N. pneumogastricus dieser Seite komprimierte; der Nerv war mit embryonalen Wucherungen umschlossen; außerdem bestand parenchymatöse Nephritis.

Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei den Kindern in Paris. Dr. Armaingaud (Paris) hat festgestellt, daß während der letzten Jahre die Tuberkulosesterblichkeit bei den Kindern im Alter von 1—4 Jahren sich 3 mal mehr ver-

mindert hat als bei der Gesamtbevölkerung von Paris (16 % gegen 5 %). Die Ursache hiervon sei nicht in den allgemeinen hygienischen Maßnahmen zu suchen, wie bei der Abnahme der Tuberkulose der Erwachsenen, sondern wahrscheinlich in den Maßregeln, welche gegen die Tuberkulose selbst ergriffen wurden, wie Untersuchung und Überwachung tuberkulöser Kühe und Milchkontrolle, Pasteurisierung und Kochen der Kindermilch in den Familien.

Die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis am Meere. Dr. Calot (Berck-sur-mer): In Berck-sur-mer wurden innerhalb 15 Jahren 26 Fälle von tuberkulöser Peritonitis bei Personen von 2—22 Jahren behandelt, von welchen alle mit Ausnahme eines einzigen geheilt wurden. Die Behandlung war eine sehr einfache und in allen Punkten jener der serösen Gelenke vergleichbar. Freiluft an flacher Meeresküste, Ruhe, Immobilisierung und Kompression des Bauches mit einem Gipsverband, als wenn es sich um einen Tumor albus handeln würde.

Freiluftbehandlung der Tuberkulösen. Dr. Brunon berichtet über die Freiluftbehandlung der Kinder im allgemeinen Krankenhaus zu Rouen; sie findet statt auf zwei im Garten errichteten Holzgalerien (mit dem Aufwand von 4000 Fr. hergestellt). Die Kinder gebrauchen dort Sommer und Winter während des Tages die Kur, nachts kommen sie in gemeinsame Säle, deren Fenster niemals geschlossen werden.

Die Kinder bekommen besondere Ernährung und warme Kleidung. Die Hausordnung dringt hauptsächlich auf Reinlichkeit und aseptisches bzw. antiseptisches Verhalten.

Zur Behandlung stehen zwei Gruppen von Kindern, einmal Rekonvaleszenten von infektiösen Krankheiten, namentlich solcher der Atmungsorgane und solcher mit wirklicher Tuberkulose.

Die Resultate sind günstige.

Atmungsgymnastik. Dr. Rosenthal: Der Tuberkulose gehe eine Periode funktioneller Störungen oder Insuffizienz der Atmung voraus, charakterisiert durch Anomalien des physiologischen Atmungsmechanismus und Verminderung der Thorax- und Zwerchfellsexkursion. In diesem Stadium entwickeln sich auch Störungen in der Lungenspitze; anfänglich einfache Kongestion, später Entwicklung grauer Granula. Zu dieser Zeit vernimmt man nur eine geringe Modifikation des vesikulären Atmungsgeräusches (linke Spitze).

Die schwedische Gymnastik sei von dem Momente unangezeigt, wo tuberkulöse Herde in den Lungen sich bilden: dagegen können allmählich fortschreitende Atmungsübungen, nach dem Ergebnisse der Auskultation geregelt, verbunden mit der klassischen Behandlung der Tuberkulose, in einigen Monaten die beginnende Abmagerung beseitigen und die physikalischen Veränderungen zur Rückbildung bringen.

Einfluß der Ernährung mit rohem Fleisch bei der Tuberkulose der Kinder. Dr. Josias und Roux rühmen den außerordentlich günstigen Einfluß des Genusses von Fleichsaft aus rohem Fleisch bei Kindern mit chronischer Tuberkulose, besonders zeige sich Zunahme des Gewichtes, um $^1/_{20}$ während des ersten Behandlungsmonates, ferner wesentliche Besserung des Zustandes und auch Heilung.

Die Behandlungsdauer sei 6 Monate beim ersten Grade der Tuberkulose, 15 Monate beim zweiten Grad, mehr beim dritten Grad.

Schutz des Kindes vor der Tuberkulose in der Familie. Dr. Marfan: Die Kinder seien am meisten der Tuberkulose ausgesetzt im 1.—6. Lebensjahr; in diesem Alter erfolge die Ansteckung entweder in der Familie oder durch Verkehr mit sonstigen Kranken und gelegentlich auch bei Spaziergängen oder durch Genuß von Milch, die von tuberkulösen Tieren stammt. Gegen letztere Infektionsart ist Abkochen der Milch (Erhitzen bis über 85° C. 5—6 Minuten lang) notwendig, sonst sind Kinder davon abzuhalten, auf unreinem Boden, namentlich in Wohnungen von Tuberkulösen zu spielen, die Finger in Mund oder Nasen zu führen, Nägel zu beißen usw. und möglichst an Reinlichkeit zu gewöhnen, bzw. stets reinzuwaschen, namentlich vor den Mahlzeiten. Wohnungen, in welcher ein Tuberkulöser war, sollen niemals bezogen werden, ehe sie nicht gehörig desinfiziert oder wenigstens einen Monat lang unbewohnt dem Sonnenlicht ausgesetzt waren. Die nähere Berührung der Kinder mit Tuberkulösen ist zu verhindern.

Prophylaktisch soll dahin gewirkt werden, daß durch Beschränkung oder Verhinderung Tuberkulöser oder Alkoholiker die Zahl der disponierten Kinder vermindert werde.



Disponierte Kinder seien möglichst zu kräftigen (Brustnahrung, Aufenthalt in frischer Luft, auf dem Lande).

Etwaige Mandelhypertrophien und adenoide Wucherungen seien zu behandeln (wenn nötig auch operativ).

Zeigt sich in der Pubertätszeit schmaler Thorax, so seien zweckmäßige Atemübungen bei kräftiger Ernährung und Landaufenthalt angezeigt.

Für minderbemittelte Klassen sei soziale Fürsorge nötig: Ferienkolonien, Volkssanatorien, Arbeitergärten usw.

Bei engen, schlechten Wohnungen von Arbeiterfamilien könne das Kind gegen Ansteckung vor einer etwa dort vorhandenen Tuberkulose wohl nur dadurch gesichert werden, daß es der Familie genommen wird; diesen Zweck verfolge „L'oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose", erst jüngst von Gaucher gegründet, eine Vereinigung, welche so gefährdete Kinder bei gesunden Familien möglichst auf dem Lande unterbringe.

Das Korreferat zu diesen Ausführungen war von Prof. Heubner (Berlin) geliefert. Derselbe berührt darin die nötige Vorsicht bei Familiengründung, die erste Ernährung der Kinder tuberkulöser Mütter durch gesunde Ammen oder künstliche Ernährung, weil das Stillen die kranke Mutter schädigt und das Kind gefährdet, besondere Aufmerksamkeit sei der Wohnungshygiene zu widmen, um spätere Infektionen der Kinder zu verhüten, das gleiche gelte von der Schule, sowie von der Beschäftigung der Kinder in der Schule und zu Hause (Überanstrengung), sowie von der Berufswahl (statt Landflucht sei Stadtflucht angezeigt).

Schutz des Kindes in der Schule. Dr. Méry: Bei Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule müsse man die offene ansteckende Tuberkulose von der latenten, geschlossenen, die häufiger ist, unterscheiden.

Die Ansteckung könne unmittelbar durch Kranke (Lehrer, Mitschüler) erfolgen oder dadurch, daß das Lokal durch Aufenthalt von Tuberkulösen (z. B. Versammlungen in Schulzimmern) infiziert wird.

Verhütungsmaßnahmen seien: 1. Lüftung, Desinfektion, Verbot des trockenen Kehrens und des Kehrens durch Schüler, Verbot von Versammlungen in Schulzimmern, Spuckverbot usw. 2. Ausschluß kranker, ansteckungsfähiger Lehrer und Schüler.

Unterweisung von Lehrern und Schülern über Wesen und Bekämpfung der Tuberkulose.

Für Schüler, die an leichter, geschlossener Tuberkulose leiden, sei Überernährung, Abgabe von Fleischpulver, Lebertran und Vornahme von Atemübungen mit derselben angezeigt; für mittelschwere und schwere Fälle sei Landaufenthalt notwendig; der kurz dauernde Aufenthalt in der Ferienkolonie ist für solche Kinder ungenügend.

Dr. Ganghofer (Prag) hält vor allem Maßnahmen gegen die Krankheitsanlage für notwendig. Es seien deshalb zu bekämpfen: Luftverderbnis in den Schulen durch Überfüllung derselben, ungenügende Ventilation, Staubentwicklung, fehlerhafte Beheizung, unzweckmäßiger Lehrplan und ungenügende Pflege des Körpers. Die Fernhaltung von Kindern mit offener Tuberkulose sei erschwert, weil man keine Sonderschulen für diese habe, Eingreifen des Schularztes sei hier angezeigt. Lehrer mit offener Tuberkulose der Luftwege sollen vom Schulunterricht ferngehalten werden. Zu Tuberkulose disponierte junge Leute sollten vom Lehrerberufe ferngehalten werden. Für erkrankte Lehrer sollte durch ausgiebige Beurlaubung bei Fortgewähr des Gehaltes gesorgt werden.

Thalassotherapie — Thalassoprophylaxe (Meeressanatorien). Dr. Armaingaud: In Frankreich bestehen zurzeit 15 das ganze Jahr hindurch offene Sanatorien am Meere zur Behandlung skrofulöser, rachitischer und lymphatischer Kinder, sowie zur Präventivbehandlung gegen Tuberkulose. Seit 1887 seien 60000 Kinder behandelt worden, bei einer Behandlungsdauer von 3 Monaten bis zu 3 Jahren mit 59% Heilung und 25% namhafter Besserung.

Dr. D'Espine berichtet ebenfalls über die günstige Wirkung dieser Sanatorien, da die Seelüft das ausschlaggebende bei der Behandlung sei, müssen die Sanatorien möglichst am Strande selbst errichtet oder die Kranken während des Tages dorthin gebracht werden (für Schwerkranke den Liegehallen ähnliche Galerien). Seebäder bilden ebenfalls einen sehr wichtigen Teil der Behandlung, auch die Heliotherapie berechtige zu neuen Versuchen.

Schülerklassen. Dr. Caré und Dr. Savaire empfehlen zur Bekämpfung der Tuberkulose die Errichtung von Vereinen oder Genossenschaften, welche sich die Belehrung ihrer Mitglieder, Verbesserung der Wohnungen und Nahrungsweise der Arbeiterklasse durch Verbilligung der Wohnungen, Errichtung von Volksküchen, Speisehäusern, Arbeitergärten usw. zur Aufgabe machen; Einführung von Unterstützungskassen mit Kassenärzten, Dispensaires usw. Letztere werde die stete Aufsicht über die Tuberkulösen haben: die nicht ansteckenden werden durch Luftkur und Versorgung auf dem Lande, die ansteckenden, aber noch heilbaren, durch Aufnahme in besonders eingerichteten, außerstädtischen Spitälern, die Unheilbaren werden in Isolierspitälern usw. aufgenommen. Die Hilfskassen für Schüler und Erwachsene hätten zu gegenseitiger Unterstützung miteinander in steter Verbindung zu sein.

Ferienkolonien. Dr. Bonnin bespricht die Bedeutung der Ferienkolonien bei der Prophylaxe der Tuberkulose; in Frankreich gebe es 3 Arten dieser Ferienkolonien, am Meere, im Gebirg und im Flachlande.

Dr. Zuber und Dr. Armand Delille (Paris) haben seit 3 Jahren Kinder aus den ärmsten Arbeiterklassen (am Montmartre und Vaugirard) für die Ferienkolonien ausgesucht; fanden mit der Auskultationsmethode Granchers unter 100 Kindern 33 mit beginnender Tuberkulose. Diese und andere gesunde Kinder wurden auf 3—4 Wochen in Ferienkolonien mit sehr gutem Erfolge geschickt, Zunahme des Gewichts und Brustumfanges. Durch diesen Aufenthalt werden die Kinder in ihrem Befinden gebessert und gegen die Invasion des Tuberkelbazillus widerstandsfähiger gemacht.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Dr. Tugendreich ist zum Leiter der neueröffneten **Säuglingsfürsorgestelle** in der Pankstr. 7 ernannt.

Eisenach. Der deutsche Oberlehrertag hat eine Resolution angenommen, in der allen höheren **Schulamtskandidaten** das Studium der **Schulhygiene** zur Pflicht gemacht wird.

Freiburg. Eine **städtische Zahnklinik** wird demnächst eröffnet werden zur unentgeltlichen Untersuchung und Behandlung der Kinder in den Volksschulen und der Kleinkinderbewahranstalt.

Leipzig. Zur **Bekämpfung der Kindersterblichkeit** sind zwei **Mütterberatungsstellen** eröffnet, wo unentgeltlich ärztliche Belehrung in der Pflege und Ernährung von Säuglingen erteilt wird.

München. Habilitiert für Kinderheilkunde Dr. Alb. Uffenheimer.

Heidelberg. Prof. Dr. Vulpius erhielt vom König von Italien das Ritterkreuz vom Orden des Hlg. Mauritius.

Wien. Habilitiert für Kinderheilkunde Dr. Franz Hamburger.

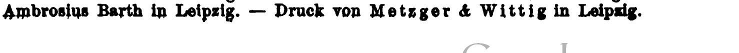
Westerland-Sylt. Pastor a. D. Dr. Hanns Koch hat hier ein **Jugendpensionat und Ferienheim** gegründet, das dazu bestimmt ist, erholungsbedürftigen Schülern und Schülerinnen während der Ferien oder für sonstigen Schulurlaub Wohnung, Verpflegung und gründliche Nachhilfe in allen Unterrichtsfächern zu gewähren. Die ärztliche Beaufsichtigung der Zöglinge leitet Herr Dr. med. Quitzow, Badearzt und ärztliches Mitglied der Gesundheitskommission in Westerland.

Notiz.

Der Redakteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab:

Friedenau-Berlin, Handjery-Str. 14.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.




Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Vor kurzem erschien:

Lehrbuch der organischen Chemie für Mediziner.

Von

Prof. Dr. chem. et med. **G. v. Bunge,** Basel.

gr. 8. **274 Seiten. 1906. Brosch. M. 7.—; geb. M. 8.25.**

Auch der Mediziner ist jetzt gezwungen, sich in alle Zweige der organischen Chemie einen Einblick zu verschaffen. Es gibt kaum ein Kapitel dieses Faches, das nicht bereits Anwendung gefunden hätte in der Physiologie, der Pathologie, der Pharmakologie, der Hygiene usw.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. August 1906. No. 8.

I. Referate.

O. Lange, Über Symptomatologie und Diagnose der intraokulären Tumoren und deren Verhalten zu den übrigen Körperorganen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde; herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Vossius, Gießen. Halle a. S. Verlag von Karl Marhold, 1906.) Verf. bespricht ausführlich die beiden wichtigsten intraokularen Neubildungen: das Sarkom des Uvealtraktus und das Gliom der Netzhaut. Letzteres ist ausschließlich eine Erkrankung des frühesten Kindesalters; in der Anlage ist dasselbe immer, zuweilen aber auch schon als kleinster Tumor angeboren. Das von Hause aus doppelseitige Auftreten des Netzhautglioms ist kein seltenes (in 19,1 %) und spricht direkt für das Angeborensein des Leidens, desgleichen das zuweilen familiäre Auftreten. Direkte Vererbung ist bisher trotz der in ca. 16,3 % beobachteten operativen Heilungen des Glioms nicht mit Sicherheit beobachtet. Wehrli sieht die Ursache des Glioms in einer die Proliferation der versprengten Zellen anregenden Schädigung; als solche nimmt er die Netzhautblutungen in Anspruch, welche bei engen Becken und anderen die Geburt protrahierenden Abnormitäten in den Augen Neugeborener vorkommen. Da Naumoff ausdrücklich hervorhebt, daß er in 22 Augen zu früh geborener Kinder niemals Netzhautblutungen gefunden und das Entstehen solcher mit der langen Dauer des Geburtsaktes in Zusammenhang bringt, so hält es Wehrli für berechtigt, bei drohendem, familiären Auftreten des Netzhautglioms die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Verf. stellt 488 Gliomerkrankungen zusammen, von denen 324 als sicher angeboren zu betrachten sind. Wahrscheinlich ist das Netzhautgliom immer angeboren. In differentialdiagnostischer Beziehung kann der Umstand, daß das Gliom der Netzhaut eine Erkrankung des frühesten Kindesalters ist, nicht hoch genug veranschlagt werden. Echte Metastasen sind beim Netzhautgliom relativ selten. Dieselben betreffen in erster Linie die Schädel- und Gesichtsknochen und die am Kopfe liegenden Lymphdrüsen. Das Gehirn und seine Häute erkranken durch direktes Hineinwuchern der primären Geschwulst. Von den entfernteren Körperorganen sind es die Skelettknochen, Leber, Rückenmark und seine Häute, die häufiger befallen werden. Die Prognose ist durchaus schlecht. Frühzeitige Enukleation mit einem recht langen Stück des Sehnerven oder Exenteration der Orbita kommen in Betracht. Verf. gibt schließlich eine genaue

Krankengeschichte eines selbstbeobachteten Falles von doppelseitigem Gliom. Interessant ist, daß Verf. dem psychischen Einfluß beim Geburtsakt in diesem Falle eine Rolle nicht absprechen will. Das Kind wurde „in der Nacht zum 2. Juli 1891 geboren, nachdem am Abend zuvor ein von mir selbst miterlebtes, jeder Beschreibung spottendes, fürchterliches Unwetter über Braunschweig sich entladen hatte, wodurch die Kreißende im höchsten Grade aufgeregt und geängstigt worden war, was von der Mutter auch bisher noch als Ursache der Erkrankung des Kindes angesehen wird. Daß psychische Einflüsse eine gewisse Einwirkung auf die Entwicklung des Fötus üben können, wird von Ribbert ausdrücklich hervorgehoben; in gleichem Sinne äußert sich auch Birch-Hirschfeld auf S. 241 seines Lehrbuchs der pathologischen Anatomie. An einem Organ aber wie die Retina, deren Entwicklung, wie die Arbeiten von Kostenitsch, Naumoff und E. v. Hippel gelehrt haben, mit der Geburt nicht abgeschlossen ist, wovon auch ich selbst mich bei der Untersuchung zahlreicher Augen Neugeborener überzeugen konnte, dürften auch noch in der allerletzten Zeit des Fötallebens einwirkende, vielleicht auch psychische Einflüsse als schädigende Momente nicht unmöglich erscheinen.“ Wolffberg.

Michael Mohr, Die Augenverletzungen der Kinder. (Gyógyászat. Nr. 40. 1. Oktober 1905. — Nach einem Ref. der Pester Medizin.-Chirurg. Presse. 1906. 7.) In dem 1897 eröffneten Adele Bródy-Kinderspital wurden bisher 14630 ambulante und 948 stationäre Augenkranke behandelt. Augenverletzungen waren unter den Ambulanten 431, unter den Stationären 94 Fälle; es machten also die Verletzungen 2,94 % der ambulanten und 0,99 % der Spitalskranken aus. Aus einer tabellarischen Übersicht sämtlicher Verletzungsfälle geht hervor: Vulnus penetrans bulbi wurde in 65 Fällen aufgenommen, es heilten 37 Fälle; gebessert entlassen wurden 10, enukleiert 15; Panophthalmitis trat in 3 Fällen ein. Von 8 Fällen Contusio bulbi heilten 5, 2 kamen zur Enukleation, in einem trat Panophthalmitis ein. Bei den ambulanten Kranken handelte es sich zum großen Teil um Fremdkörper der Cornea oder des Bindehautsacks, bei den liegenden Kranken (68 %) um schwere penetrierende Verletzungen. Ausführliche Krankengeschichten interessanter Fälle werden beigefügt und Ätiologie, Symptome, Diagnose, Therapie usw. eingehend besprochen. Wolffberg.

E. Grünfeld (Saaz), Ein Fall von geheiltem Tetanus traumaticus nach Phählungsverletzung der Orbita. (Prager med. Wochenschrift. 1905. Nr. 48.)

Am 9. XII. 02 glitt ein 7jähriger Knabe während des Reifenspielens im Hofe aus und fiel hin. Schreckensbleich lief er zur Mutter, welche ein paar Tropfen Blutes aus dem linken Nasenloche laufen sah. G. fand bei der Untersuchung nichts Abnormes. Erst tags darauf zeigte sich bei dem sonst munteren, schmerzfreien Kinde eine leichte Schwellung des linken unteren Augenlides. Dies Ödem wurde stärker, die Conjunctiva erschien injiziert. Auch die Injektion verschlimmerte sich, der Bulbus war nach oben außen rotiert. Dabei war das Kind noch immer schmerz- und fieberfrei, während die Schwellung immer mehr zunahm, die Chemose der Conjunct. bulbi immer stärker wurde, der Bulbus jetzt ganz



nach außen und oben rotiert erschien. Am 17. XII. die ersten tetanischen Symptome. Da G. die Verletzungsstelle ausfindig machen wollte, untersuchte er nochmals die Nase. In der linken Nasenhöhle negativer Befund. Rechts fand er in der Höhe der zweiten Muschel am Septum einen gelblichweißen, etwa 3—4 mm langen, kantigen Körper, der wie ein nekrotischer Sequester aussah. Es wurde von Primarius Dr. Bergmann mittels Kornzange extrahiert und erwies sich als 4 cm langes Holzstück von $^1/_2$—1 cm Umfang, mit zwei scharfen Leisten, das breitere Ende zerfasert. Der Knabe gab dann an, er habe beim Reifenspiele ein größeres Holzstück in der Hand gehabt, habe aber nichts davon bemerkt, daß es in die Nase gedrungen sei. Nach der Operation einige Tage leichtes Fieber (bis 38,7°), weitere Steigerung der Tetanuserscheinungen, die durch Chloral mit Brom, Abführmittel, warme Einpackungen bekämpft wurden. Sie ließen dann allmählich nach, ebenso wie die Veränderungen am Auge sich nach und nach besserten. Am 28. XII. Augenbefund völlig normal. Patient erholte sich jetzt rasch und wurde am 25. I. geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen schweren Fall von Tetanus traumaticus, hervorgerufen durch das Eindringen eines Holzstückes in die Orbita, aber erst am neunten Tage nach der Verletzung auftretend. Der Fremdkörper muß, in die rechte Nasenhöhle eingedrungen, das Septum narium durchbohrt, in der Richtung von rechts unten, vorne nach links hinten oben den Proc. ethmoidalis des linken Oberkiefers perforiert haben und von da in die Orbita eingedrungen sein; in die Tenonsche Kapsel gelangten etwa $1^1/_2$ cm des Holzstückes. Der Fremdkörper verursachte zunächst gewiß eine größere Blutung und rief dann eine reaktive Entzündung hervor, als deren Ausdruck das Ödem des linken unteren Augenlides, die Chemose und die durch die Schwellung hervorgerufene Auswärtsrotation des Bulbus zu betrachten sind. Es ist wohl entschuldbar, daß bei einem Entzündungsprozesse am linken Auge vor allem die linke Nase untersucht wurde, zumal ja gar kein Symptom, weder Verlegung der Nasenatmung, noch eitriger Ausfluß aus der Nase, noch irgend ein Schmerz Anlaß gab, der Nase besondere Aufmerksamkeit zu schenken. An einen Fremdkörper zu denken, lag vollkommen fern. Das sonst intelligente Kind konnte gar keine Angaben über die Verletzung machen, wußte von dem ganzen Vorgang gar nichts, infolge des plötzlichen heftigen Schreckes.

Klinisch waren noch einige Momente bemerkenswert. So der Umstand, daß trotz der Verbindung der Orbita mit dem Nasenraum sich weder ein retrobulbäres, noch ein subkutanes Emphysem entwickelte: offenbar führte das Pfählungsinstrument eine feste Tamponade des Wundkanals herbei. Merkwürdig war ferner, daß die Verletzung in den ersten 8 Tagen subjektiv gar keine Symptome bewirkte. Zu betonen ferner, daß auch im weiteren Verlaufe stärkere Temperatursteigerungen fehlten, was wohl auf geringe Eiterung im Bereiche des Wundkanals, also auf geringfügige Mischinfektion zurückzuführen ist. Daß sich die Temperatursteigerung in sehr mäßigen Grenzen hielt, bezw. im Beginne vollkommen fehlte, ließ die Prognose von vornherein als günstig erscheinen.

Grätzer.

W. Apetz (Würzburg), Symmetrische Gangrän beider Lider nach Verletzung an der Stirne. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) Symmetrische Gangrän beider Lider, namentlich nach

Traumen, scheint äußerst selten zu sein. A. schildert seinen Fall wie folgt:

„Das 1 1/2 jährige Töchterchen eines hiesigen Schuhmachers R. V. war auf der Straße hingefallen und hatte sich eine ganz unbedeutende Hautwunde an der linken Stirnseite zugezogen. Nach Mitteilung des mich später hinzuziehenden Hausarztes war diese kleine Verletzung bereits am folgenden Tage verklebt und ohne besondere Reizung der umgebenden Haut. Dagegen zeigte sich am dritten Tage nach der Verletzung außer einer geringen Schwellung der linken Stirnhälfte eine stärkere der Augenlider, und zwar waren die Lider des linken Auges mehr ergriffen als die des rechten. Unter Zunahme der Schwellung und Verfärbung der Haut fängt diese am vierten Tage an, sich abzustoßen, beiderseits in fast gleicher Weise, so daß ich am fünften Tage gebeten wurde, das Kind in Behandlung zu nehmen, am 2. V. 04.

Über dem linken Tuber frontale fand sich die oben erwähnte, kaum 3—4 mm große, scheinbar ganz oberflächliche, schon vernarbte Hautwunde mit gering geröteter Umgebung. Dagegen bot die Gegend der Glabella eine zirka dreimarkstückgroße Tumeszenz, die scharf abgegrenzt war, ohne zu fluktuieren. Die vier Augenlider sind ödematös und beim Betasten teigig infiltriert und zeigen beginnenden gangränösen Zerfall der Haut und des Unterhautzellgewebes bis auf die Orbikularisfasern, und zwar an den Oberlidern von der oberen Lidfalte bis an den Lidrand in ganzer Breite. An dem linken Oberlid greift die Gangrän in nach dem Auge zu konkavem Bogen um den Canthus externus herum auf das Unterlid über. Beide Unterlider weisen eine auffällige Symmetrie des ca. 2 mm vom Lidrand entfernt beginnenden und 1 cm nach abwärts sich erstreckenden nekrotischen Defektes auf, so daß auch hier die Orbikularisfasern freiliegen in der ganzen Breite der Lider. Die Präaurikulardrüsen sind mäßig geschwellt, links mehr als rechts. An der Conjunctiva beiderseits mäßige Rötung mit geringer eitriger Sekretion; Hornhaut intakt.

In den folgenden Tagen vergrößert sich der Defekt an den vier Lidern noch etwas und die Wundränder werden stellenweise stärker unterminiert und sind mit gelblich-weißlichem speckigen Belag bedeckt, der sich durch Wischen nicht entfernen ließ.

Die Schwellung über der Glabella wurde am zweiten Tage, sobald sich Fluktuation nachweisen ließ, zuerst mit einer aseptischen Spritze probepunktiert zum Zwecke bakteriologischer Untersuchung und nach ausgiebiger Inzision viel flockiger Eiter mit nekrotischen Gewebs- und Fibrinfetzen entleert. Drainage. Die erhöhte Temperatur ließ hierauf nach.

Nach Eröffnung eines zweiten kleineren Abszesses oberhalb des rechten Tränensackes erfolgte unter permanenten desinfizierenden Prießnitzverbänden und Einstreichen von Vaseline in den Bindehautsack allmähliche Reinigung der Wunden und an Stelle des Belages trat gesunde Granulationsentwicklung unter Abnahme der Sekretion und Verkleinerung der Liddefekte.

Nach 6—8 Tagen wurde unter Temperaturerhöhung noch eine kleinhandtellergroße Rötung und Schwellung am rechten Fußrücken konstatiert, die jedoch auf Sublimatprießnitzverbände wieder zurückging, ohne zu abszedieren. Ob hier eine metastatische Schwellung vorlag, konnte nicht entschieden werden.

Als ich das Kind nach 2 Monaten in der Sprechstunde wiedersah, war ich erstaunt, wie wenig Veränderungen bzw. Entstellung der Krankheitsprozeß hinterlassen hatte. Es fanden sich an den vier Lidern mehr oder weniger breite, leicht strahlige Narben, ohne jede bemerkenswerte Verdickung mit nur geringer Fixation an das tieferliegende Gewebe. Von einem Narbenektropion oder falscher Zilienstellung keine Spur. Auch hatte das Kind, das während der Erkrankung einen schwer leidenden Eindruck machte, außerordentlich zugenommen.

Die bakteriologische Untersuchung des Eiters, welcher den frischen Lidwunden, besonders unter den unterminierten Lidrändern entnommen wurde, sowie der Inhalt der Probepunktionsspritze von dem Abszeß an der Stirne ergab nach dem kulturellen Verfahren, das Herr Kollege Dr. Armand am hiesigen hygienischen Institut in liebenswürdiger und dankenswerter Weise vornahm, ausnahmslos Reinkulturen von Streptococcus pyogenes.“

Wie kam nun hier die symmetrische Gangrän zustande? Der Grund dürfte wohl in der abnormen Verschleppung der Keime nach

der Mitte der Stirn zu suchen sein, wo schon in den ersten Tagen ein Abszeß sich bildete. Von hier aus konnte dann leicht auf dem Wege der subkutanen Lymphbahn das Weiterwandern der Keime nach den Lidern erfolgen.

In fast allen ähnlich liegenden Fällen wurde der Lidrand infolge der strafferen Verbindung seiner Haut mit dem tieferen Gewebe nicht ergriffen. So machte auch im obigen Falle die Gangrän ca. 1 mm vom Lidrand entfernt Halt. Es kommen dadurch auffallend geringe Veränderungen an den Lidern nach Ablauf des Prozesses zur Beobachtung.

Grätzer.

M. Goldzieher, Zysten der Tränendrüse. (Budapesti orvosi ujsàg. 1905. Nr. 23.) Diese seltene Erkrankung beobachtete G. bei einem 16 Jahre alten Mädchen. Auf Grund histologischer Untersuchung hält Verf. das Gebilde für eine Schleimzyste.

Ernö Deutsch (Budapest).

Hirschberg, Über das angeborene Lymphangiom der Lider, der Orbita und des Gesichts. (Zentralblatt für prakt. Augenheilkunde. Januar 1906.) In zwei sehr ausführlichen Krankengeschichten macht H. auf ein bisher nicht beschriebenes diagnostisches Zeichen aufmerksam, nämlich „die Erweiterung der Lymphgefäße in der Augapfelbindehaut.“ In dem einen Falle wurde durch Exstirpation Heilung erzielt, in dem andern nicht, da die ganze Gesichtshälfte von der Geschwulst befallen.

Wolffberg.

v. Hippel, Weitere Beiträge zur Kenntnis seltener Mißbildungen. (v. Gräfes Archiv. Bd. 63. Heft 1.) Der erste Fall betrifft ein 5 Tage altes Kind, dessen Augenhöhle von einem apfelgroßen Tumor ausgefüllt ist, dessen Elemente ausgesprochen embryonalen Gewebscharakter haben; Bestandteile aller Keimblätter vorhanden. Diagnose: Teratoma orbitae congenitum. Diese Tumoren sind äußerst bösartig; die Kinder sterben in den ersten Lebenswochen.

2. Fall. Anophthalmus congenitus bilateralis mit Encephalocele orbitae. Verf. meint, daß für die Entstehung aller Anophthalmusfälle eine einheitliche Erklärung nicht gegeben werden könne; keinesfalls spiele die fötale eitrige Entzündung eine Rolle. Vielleicht geht die Augenanlage durch Amniondruck zugrunde, vielleicht bleibt es bei der Ausstülpung der primären Augenblase ohne Bildung der sekundären.

3. Fall. Kryptophthalmus congenitus. Unter einer ziemlich dicken Hautschicht ein kleiner, weicher Körper. Die Genese sei nicht wie sonst angenommen worden, entzündlichen Charakters, sondern es handelt sich um mechanische Hinderung der Lidbildung durch Anomalien der Amnionbildung.

4. Fall. Epibulbäres Dermoid, Lidkolobom und Mikrophthalmus. Ursache ebenfalls amniotische Verwachsungen.

Wolffberg.

v. Hippel (Heidelberg), Zwei experimentelle Methoden in der Teratologie des Auges. (Verh. d. deutschen path. Ges. in Meran 1905.) v. H. hatte Gelegenheit, die Nachkommenschaft eines

an angeborenem Kolobom leidenden Kaninchenbockes zu untersuchen, und zwar in mehreren Generationen. Er konnte nachweisen, daß diese Mißbildung bereits im Keime vorhanden, also angeboren ist, und daß Fötalkrankheiten für die Entstehung eines Koloboms nicht in Betracht kommen. In Fortsetzung dieser Versuche gelang es v. H. nicht, mittels Bestrahlung der Embryonen durch Röntgenstrahlen die Mißbildung künstlich zu erzeugen; statt dessen erhielt er in einem hohen Prozentsatze bei den bestrahlten Embryonen Schicht- oder Zentralstar, oder doch Veränderungen, die als Vorstufen dieser Erkrankung aufgefaßt werden können. Schicht- und Zentralstar können also durch ektogene, den Embryo treffende Schädlichkeiten entstehen.

Bennecke (Jena).

Ernst N. Knape (Finnländer), Aniridia congenita bilateralis bei Vater und Sohn. (Finska läkaresällskapets Handlingar. 1906. Nr. 1.) Kasuistischer Beitrag. Angeborener Mangel der Iris bei Vater und Sohn. Kein anderer in der Familie hatte diesen Defekt. Die Eltern des Vaters hatten normale Augen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

C. Fruginale, Über das kongenitale Pulsieren des Auges. (La Pediatria. März 1905.) Verf. hat in der Literatur drei Fälle auffinden können. Er selbst berichtet über einen vierten, bei dem sich Asymmetrie des Gesichts und Deformität des Schädels, Asymmetrie in der Lage der Augen und intermittierender Exophthalmus des rechten Auges, vor allem aber eine Pulsation des Auges und der Augenbrauen fand, die dem Arterienpuls synchron ist, bei Kompression der rechten Karotis nachläßt und bei gleichzeitiger Kompression beider Karotiden fast ganz verschwindet, während sie bei Kompression der Jugularis unverändert bleibt. Verf. erklärt, nachdem er seinen Fall und die übrigen drei in der Literatur verzeichneten einer kritischen Betrachtung unterzogen hat, den Symptomenkomplex als eine osteo-cellulo-vasculäre Trophoneurose der Orbita mit gleichzeitiger Pulsation des Auges.

F.

A. Gad (Däne), Avulsio oculi intra partum. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 8.) Das Kind wurde im Alter von 8 Monaten zum Verf. gebracht mit Mangel des linken Auges, abgeflachter Orbitalhöhle und einer schlecht geheilten Ruptur der Palpebra inf. sin. Der Hausarzt gab folgende Mitteilung. Das Kind wurde vermittelst der Zange geboren. Es war enges Becken und kräftige Wehen vorhanden. Die Zange lag gut. Es muß eine Fraktur der Orbitaldecke hervorgerufen sein, die Blutung und Exophthalmus verursacht hat; während einer Wehepause oder eines Aufenthaltes in der Traktion ist die Blutung vermehrt worden, und bei der nächsten Wehe oder Traktion entsteht ein Druck von oben durch das obere Augenlid gegen den Geburtsweg; durch diesen Druck muß das Auge über den unteren Orbitalrand überschlagen und der Nervus opticus zerrissen worden sein.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

F. R. v. Arlt (Wien), Argent. citricum, Itrol Credé pro oculis bei Augenkrankheiten. (Ärztl. Zentral-Ztg. 1905. Nr. 3.)

Argent. citric. ist ein sehr heikler Körper, es muß wie ein photographisches Papier behandelt werden. Denn es ist sehr leicht zersetzbar, gegen Licht und Feuchtigkeit äußerst empfindlich. Auch muß es für die Augenbehandlung ganz fein gepulvert sein. Die Firma v. Heyden bringt das Itrol jetzt in schwarzen Flaschen mit 0,5 und 1 g Inhalt als „Itrol Credé pro oculis" in den Handel. Wenn man diese unter doppeltem Verschluß aufbewahrt, gleich nach dem Öffnen wieder schließt, so halten sie sich 14 Tage unversehrt.

So stets frisch erhalten, stellt Itrol ein hervorragendes Therapeutikum für die Augenpraxis dar. Besonders wertvoll ist es bei der Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Nach sorgfältiger Reinigung des Auges (mit reinem Wasser) wird Itrol auf der ganzen Fläche der umgestülpten Lider möglichst gleichmäßig und ziemlich reichlich (ca. 0,005—0,015 g) verteilt, die Lider dann wieder in normale Lage gebracht und nach einigen Minuten der Überschuß an Itrol mit angefeuchteter Watte abgewischt (ohne Umstülpung der Lider). Das muß, besonders in den ersten Tagen, mehrmals täglich vom Arzte gemacht werden. In der Zwischenzeit ($^1/_4$—$^1/_2$—1 stündlich) muß das Wartepersonal das Auge sanft öffnen und mit Kal. permang. (1 : 1000—4000) sorgsam reinigen. Da reichliche Zufuhr frischer, kühler Luft wichtig ist, dürfen weder irgendwelche Kompressen, Umschläge, noch Verbände gemacht werden. Bei dieser Behandlung hat v. A. bei frischen, leichten Formen mit 3—6, bei älteren und schweren Fällen mit 10—16 Einstreuungen Heilung erzielt. Sehr rasch heilten auch, bei sonst gesunden Kindern, die Hornhautgeschwüre ab. Niemals hatte v. A. den Verlust eines Auges zu beklagen, nie sah er Komplikation bei seinen 124 so behandelten Fällen; und gleiche Resultate haben auch andere erzielt, die in gleicher Weise vorgingen. Auch die prophylaktische Desinfektion der Augen der Neugeborenen mit Itrol hat sich bestens bewährt; bei ca. 150 Fällen, darunter gegen 20 mit evidenter Blennorrhoea vaginae der Gebärenden, sah v. A. keine Infektion des Kindes.

Das gleiche Verfahren wie oben (nur statt Kal. permang. wurde 3—4 %ige Borsäure- bzw. Boraxlösung verwandt) wurde auch bei Conjunctivitis follicularis, catarrh. acutu et chronica geübt, und zwar mit gleichguten Resultaten, und auch bei Conjunctivitis trachomatosa (mit starker Sekretion), crouposa et diphtheritica, lymphatica und Ulcus corneae bewährte sich die Itrolbehandlung sehr gut.

Grätzer.

Leopold. Augentzündung der Neugeborenen und 1 %ige Höllensteinlösung. (Aus der kgl. Frauenklinik in Dresden.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.) Daß die prophylaktische Einträufelung der 1 %igen Höllensteinlösung vollständig ebenso wirkt, wie die der 2 %igen Lösung, und dabei vollkommene Reizlosigkeit des Auges garantiert, zeigt L. an 7287 Fällen. Aus seinen Erfahrungen schließt er: „Die nach Credé genaueste Ausführung des Verfahrens, die Verwendung einer 1 %igen, möglichst frisch bereiteten Höllensteinlösung, das Sichverteilenlassen nur eines Tropfens dieser Lösung auf der Cornea, mittels eines abgerundeten, unbedingt sauberen

Glasstäbchens, und dann das Inruhelassen der Augen, ohne Nachbehandlung oder Nachträufelung irgend eines anderen Mittels, dies Verfahren, das wohl kaum einfacher noch gestaltet werden kann, garantiert mit voller Sicherheit die Verhütung der Augenentzündung für die 1. Lebenswoche. Kommt hierzu eine peinliche Überwachung von Mutter und Kind auch für das weitere Wochenbett, so kann ein Kind auch vor einer nachträglichen Infektion bestimmt geschützt werden."

L. hatte nur 5 Frühinfektionen (= 0,06 %) und 13 Spätinfektionen (= 0,17 %), ohne nennenswerte Reizung der Bindehäute durch das Einträufelungsmittel.

Grätzer.

O. v. Herff, Zur Verhütung der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe mit Sophol. (Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 20.) Die Argentumeinträufelung hat die Zahl der Ophthalmoblennorrhoeerkrankungen zwar bedeutend herabgesetzt, aber nicht ganz beseitigt, auch bewirkt Argent. nitr. doch nicht selten Augenreizungen. Man versuchte daher Ersatzmittel, und zwar mit Erfolg. In den Jahren 1901—1904 wurden von v. H. 3009 Kinder mit 10 %igen Protargoleinträufelungen geschützt; es wurde keine Frühinfektion beobachtet und nur 2 Spätinfektionen (0,06 %), womit sich Protargol dem Höllenstein sogar als überlegen erwies. Dabei reizt Protargol das Auge weit weniger als Höllenstein. Nun hat es freilich den Nachteil, daß seine Lösungen große Sorgfalt erfordern. v. H. benutzte dann das noch weniger reizende Argyrol, mit dem er 650 Kinder schützte. Es wurde nicht eines davon infiziert. Aber der Silbergehalt des Präparates war kein konstanter, und H. ging zu dem unterdessen von den Farbenfabriken Bayer & Co. in Elberfeld hergestellten Sophol über, einem Formonukleinsilber. Versuche zeigten zunächst, daß Sophol ein völlig reizloses Präparat ist, dabei stark desinfiziert. Es wurde (erst in 10 % iger, dann in 5 % iger Lösung, die reichlich in die Augen eingebracht wurde) bei 1200 Kindern angewandt (mit Argyrol und Sophol zusammen 1700), wovon nur eins eine Frühinfektion bekam (hier lagen aber ganz besondere Verhältnisse vor), keines eine Spätinfektion. Es wurden also von v. H. nach Aufhebung der Höllensteinbehandlung 4709 Kinder mit anderen, weit milderen Silbereiweißpräparaten geschützt, wobei nur eine Frühinfektion und 2 Spätinfektionen vorkamen = 0,06 %, während bei Argent. nitr. 0,2 % Erkrankungen gezählt wurden. Sophol ist so reizlos, daß es auch Laienhänden ruhig anvertraut werden kann, und v. H. glaubt, daß es in Zukunft als Vorbeugungsmittel gegen gonorrhoische Ophthalmoblennorrhoe an die Stelle des Höllensteins treten wird.

Grätzer.

J. Dreyfuß (Kaiserslautern), Ein Fall von Dacryoadenitis chronica. Behandlung mit Vibrationsmassage. Heilung. (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 2.) Der 13jährige, im übrigen ganz gesunde Junge ist seit 3 Wochen mit der Affektion behaftet, die sich beiderseits etabliert hat. Im äußeren oberen Winkel der Orbitalhöhle je ein höckriger, harter und unempfindlicher Tumor von etwa Haselnußgröße. Trotz geeigneter Therapie Größen-

zunahme derselben, bis mit elektrischer Vibrationsmassage begonnen wird (3 mal wöchentlich je 5 Minuten); von da ab sofort Rückgang der Geschwulst und baldiges Verschwinden. Grätzer.

Rothholz (Stettin), Die Behandlung der sogenannten skrofulösen Augenentzündungen. (Therap. Monatshefte. August 1905.)

R. hebt zunächst hervor, daß nach seiner Ansicht sehr oft die bekannten skrofulösen Erscheinungen abhängig sind von einer vorhandenen Naseneiterung; letztere ist auch bei der Behandlung in erster Linie zu berücksichtigen und, gleich den etwaigen konsekutiven Ekzemen am Gesicht und Kopf, schnellstens zu beseitigen. Eine Reihe von Vorsichtsmaßregeln kommt zunächst in Betracht. So muß man verhüten, daß das Kind mit den Händen an seine Augen kommt, und darf sich nicht scheuen, event. die Hände einige Zeit zu fesseln. Ferner sollen die Kinder nicht mit dem Gesicht nach unten im Bette liegen; man schütze die Augen bei größeren Kindern durch eine graue Schutzbrille, bei kleineren durch einen Pappschirm gegen das Licht. Auf das Kopfkissen müssen stets saubere Tücher kommen, damit das Kind sich nicht immer von neuem an dem Schmutzdepot daselbst infizieren kann. Ein solches ist auch in der Regel auf der Schulter der Mutter etabliert; man soll daher die Kinder möglichst nicht herumtragen, da sie hierbei meist die Augen gegen die Schulter der Mutter drücken. Für Beseitigung des Nasensekrets ist fortdauernd Sorge zu tragen. Ältere Kinder müssen methodisch kräftig schnauben (einseitig); bei kleineren Kindern bläst R. mittels eines Glasröhrchens, an welchem ein Gummischlauch angebracht ist, Sozojodolzink 1 : Amyl. 20 ein, um nicht nur medikamentös einzuwirken, sondern auch das Nasensekret fortzuschaffen. Auf nässende Ekzeme kommt Airolpulver in dicker Schicht, die als Schutzdecke liegen bleibt. Die Kinder müssen viel ins Freie, mit Schutzbrille bzw. Lichtschirm versehen. Natürlich erfordert die Nase meist noch eine spezielle Behandlung. Die lokale Behandlung der Augen hat zunächst in Beseitigung der Lichtscheu zu bestehen, die fast stets durch Beteiligung der Hornhaut bedingt ist. Atropinisieren trägt viel zur Beseitigung der Reizerscheinungen bei. Zweckmäßig ist es oft, ein minimales Körnchen Atropin mittels einer glatten Sonde aufzunehmen und trocken im Konjunktivalsack zu deponieren. Überhaupt ist Feuchtigkeit möglichst fernzuhalten. Die beliebten Kamillenumschläge sind streng zu verbieten. Auch das Verbinden ist schädlich; Brille bzw. Lichtschirm genügen vollkommen. Im Anfange streicht R. eine Salbe von Airol 1 g: Ung. len. 14 g in den Konjunktivalsack und auf die Lider, sowie auf trockene Gesichtsekzeme. Nur bei starker Schleim- oder Eitersekretion kommen Einträufelungen (Arg. nitr.) zur Anwendung, nur bei größeren Hornhautgeschwüren ein Verband, der aber nur für möglichst kurze Zeit appliziert werden soll. Die gelbe Quecksilbersalbe wird erst nach erheblichem Zurückgehen der Reizerscheinungen der Hornhaut angewandt. Stets ist aber vor allem die Naseneiterung therapeutisch und prophylaktisch zu berücksichtigen; das ist ebenso wichtig, wie die lokale Behandlung der Augen. R. will ja nicht behaupten, daß alle skrofulösen Augenerkrankungen mit Nasen-

eiterung zusammenhängen und daß eine konstitutionelle Skrofulose überhaupt nicht existiert; aber jedenfalls muß man stets an eine Nasenaffektion denken und dieselbe dringend berücksichtigen.

Grätzer.

Binder (Graz), Die Anwendung des Aristolöles in der Augenheilkunde. (Therapie der Gegenwart. Juni 1906.) B. teilt seine Erfahrungen mit, die sehr günstige waren. Die Hauptdomäne bilden die ekzematösen Augenerkrankungen. Bei jeder Form, sowohl bei der solitären Konjunktivalphlyktäne, bei den multiplen sandkornförmigen Randphlyktänen, wie bei der Keratitis phlyctaenulosa bewährte sich Aristolöl bestens. Auch bei Blepharitis wirkt es recht günstig ein, nicht nur auf die skrofulösen Formen. Auch Hornhauterosionen und Substanzverluste nach Fremdkörperextraktionen bilden ein Feld für Aristolölanwendung. Desgleichen Verbrennungen und Verätzungen. Bei letzteren wird nach Reinigung der Konjunktiva reichlich Aristolöl eingeträufelt und die Lider dann mit in Aristolöl getränkten Läppchen bedeckt.[1]

Grätzer.

Laas (Frankfurt a. O.), Über Keratomalacie. (Nach einem am 12. Nov. 1905 im Verein der Ärzte des Regierungsbezirks Frankfurt a. O. gehaltenen Vortrage.) (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1906. Nr. 6.) Verf. vergleicht Frequenz und Prognose der Keratomalacie mit denen der anderen Augenerkrankungen der Neugeborenen; er zählt unter 4500 Patienten (in Frankfurt a. O.) 4 Fälle von Keratomalacie bei 22 Fällen von Blennorrhoea neonatorum im gleichen Zeitraum. Von den 44 Augen dieser blennorrhoischen Kinder hatten alle bis auf eins überhaupt keine Schädigung des Sehvermögens davongetragen, während dieses eine nach Perforation eines Ulcus corneae mit adhärentem Leukom ausheilte und immer noch leidliches Sehvermögen behielt, welches auch durch Iridektomie noch gebessert werden könnte. Von den acht keratomalacischen Augen sind dagegen sechs erblindet. Ersieht man auch daraus, daß die Prognose der Keratomalacie schlecht ist, so ist doch aus den Fällen zu entnehmen: Die Hornhauterweichung der Kinder ist durchaus nicht bloß immer der Vorbote des Todes, sondern, wie es leider vorkommt, daß die Kinder, durch die Augenerkrankung erblindet, fortleben, so kann es doch auch in verzweifelt ausschauenden Fällen gelingen, durch vernünftige Diätvorschriften Leben und ein gut Teil des Sehvermögens zu erhalten; niemals sind wir berechtigt, bei der Erkrankung etwa nur die Achseln zu zucken und die Hände in den Schoß zu legen. Und, was dem Verf. noch wichtiger erscheint, ist, daß wir in den Fällen, in denen uns Kinder in elendem Ernährungszustand zugeführt werden, auf die Konjunktiven achten, und wenn wir hier den an und für sich harmlosen Vorläufer der Keratomalacie, die Xerosis, entdecken, daß wir dann alle unsere Kräfte daran setzen, den Ernährungszustand der Kleinen zu heben, um den Eintritt der Keratomalacie zu verhüten, und so die Kinder vor dem Verfall ihres Sehvermögens wie ihres Lebens bewahren.

Wolffberg.

---

[1]) Das Öl kann in kleinen Fläschchen bezogen werden von der „Viktoria-Apotheke“, Dr. Laboschin, Berlin SW. 48.

Chronis, Ein Fall von Iridocyclitis während eines Keuchhustens. (Klin. Monatsblätter f. Augenheik. 48. Jahrg. Mai 1905.) Erkrankungen von Iris und Corpus ciliare bei Keuchhusten sind bisher nicht veröffentlicht. Im Falle von Chr. (Erlanger Univ.-Augenkl.) handelt es sich um einen 9 Monate alten Knaben, dessen linkes Auge 14 Tage nach Auftreten des Keuchhustens unter folgenden Symptomen erblindete: Weicher injizierter Bulbus, leichte Hornhauttrübung, aufgehobene Kammer, verwachsene Iris, enge Pupille mit zahlreichen hinteren Synechien und Pupillarmembran, Lues sicher ausgeschlossen. Verf. denkt an eine Embolie der Kapillaren, sei es durch ein Keuchhustengift sei es durch Pneumo-, Streptokokken u. dgl.

Wolffberg.

J. Hirschberg, Über Entzündung der Netzhaut und des Sehnerven infolge von angeborener Lues. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) H. beschäftigt sich mit den frischen Fällen, die ebenso wichtig wie schwer zu beobachten sind. Erstlich vermag die Mutter nicht so leicht eine Herabsetzung der Sehkraft bei einem ganz kleinen Kinde genügend zu erkennen. Ein Rollen und Zittern der Augen des Säuglings, ein leichtes Schielen ist das einzige, was deutlicher hervortritt. Freilich, die vollständige Erblindung kann auch bei 4- und 6 monatigen Kindern der Mutter kaum entgehen, da die Kleinen nicht mehr nach vorgehaltenen Gegenständen greifen, was sie vorher schon getan hatten. Sodann ist auch für den Arzt die Veränderung nicht leicht zu sehen, selbst wenn er schon einige Übung im Augenspiegeln besitzt. Es gehört große Geduld dazu. Endlich ist die richtige Beurteilung des Falles recht schwierig, wenn man nicht erstlich schon größere Erfahrung besitzt, ferner auch die unscheinbaren Zeichen der Lues congenita zu beachten gewohnt und endlich eine richtige Vorgeschichte zu erlangen imstande ist. Die Affektion ist stets eine doppelseitige (wobei sie freilich nicht auf beiden Augen gleichschwer zu sein braucht) und befällt die Kinder schon im frühesten Alter, im 5. Monat bis zum 18. Monat. Was sieht man nun im Auge?

1. Feinste staubförmige Glaskörpertrübung, die man allerdings nur nach Erweiterung der Pupille und bei Anwendung eines starken Sammelglases hinter dem Augenspiegel erkennt.

2. Es ist der Sehnerveneintritt durch eine bläulichweiße Ausschwitzung verdeckt, welche von hier aus nach allen Seiten in die Netzhaut, also in deren dickeren Teil sich ergießt und in einigem Abstand vom Sehnervenrande, d. h. mit zunehmender Verdünnung der Netzhaut, allmählich abnimmt und unerkennbar wird.

3. Die Netzhautmitte zeigt ein bräunliche Färbung.

4. Im ganzen Augengrund entstehen zahllose helle Stippchen, welche in der Peripherie dichter gedrängt, nahe aneinandergerückt sind und früher mit Pigmentkörnchen in der Mitte, Pigmentstreifchen am Rande sich ausstatten. Diese bleiben als Abdruck oder Narbe dauernd zurück. Von ihrer Anordnung und ihrem Pigmentgehalt hängt das wechselnde Bild ab, welches man in den späteren Jahren beobachtet. Es kommt zu rundlichen, mehr rosafarbenen Herden;

zu mittelgroßen, fast weißen Flecken. Es kommt zu einer Pigmentbildung, ganz ähnlich derjenigen bei der typischen Pigmententartung, die ja mit angeborener Lues nichts zu tun hat.

Die Netzhaut-Aderhautentzündung infolge von angeborener Lues ist eine seltene Erkrankung, und die ganz frischen Fälle bekommt man nicht oft zu Gesicht. Öfters sind daneben deutliche Spuren von Regenbogenhautentzündung nachweisbar, mitunter sogar Zeichen einer frischen Iritis.

Eine höchst bemerkenswerte Tatsache hat H. gefunden. Wenn ein Kind mit einseitiger Späterkrankung der Augen infolge von angeborener Lues, d. h. mit diffuser Hornhautentzündung, ihm gebracht wird, sieht er manchmal — entweder auf beiden Augen, falls auf dem entzündeten Auge noch genügende Durchsichtigkeit geblieben, oder wenigstens auf dem anderen, scheinbar gesunden und auch sehkräftigen — deutliche Spuren der voraufgegangenen Früherkrankung, d. h. der Netz-Aderhautentzündung. Dies ist recht wichtig für die Auffassung des Verlaufes der Grundkrankheit. Ein Kind von 10 oder 12 Jahren wird vorgestellt mit frischer, diffuser Hornhautentzündung. Die vielleicht wenig aufmerksamen Eltern geben an, keine frühere Erkrankung beobachtet zu haben, die der Arzt als Lues deuten könnte. Aber der Augenspiegel zeigt Reste einer tiefen Entzündung, die schon vor Jahren abgelaufen ist. Gelegentlich konnte H. selbst bei einem Kinde im ersten Jahre die Netzhaut- und im siebenten die Hornhautentzündung beobachten. Erstere kann spontan ausheilen. Aber das ist selten. Untersucht man die wegen geringer Sehkraft gebrachten Kinder, die zur Brillenwahl vorgestellten Schulkinder recht genau, so findet man in einzelnen Fällen ältere Veränderungen, die erhebliche Sehstörung bedingen. Glaskörpertrübung, Netzhautablösung, Entartung der Netzhautmitte, bindegewebige Sehnervenschrumpfung usw. können sogar vollständige Erblindung verursachen. Man muß die Krankheit also in jedem Falle behandeln.

Das souveräne Mittel ist das Quecksilber. H. bevorzugt die Einreibungen. Säuglinge erhalten 0,5, kleine Kinder 0,75, größere 1 g grauer Salbe einmal täglich (in dringlichen Fällen 2mal) 5 Tage hindurch, dann Bad und 3—5 Tage Pause usw. Nie läßt H. unter 100 Einreibungen machen, und er setzt die Nachbehandlung dann 1—2 Jahre fort. Die Erfolge sind sehr befriedigend, mitunter überraschend. Fast blinde Kinder werden in wenigen Wochen wieder sehkräftig; manchmal bleiben allerdings geringe Sehstörungen zurück, aber die Erfolge sind bei weitem rascher und glänzender, als bei den Spätformen, zumal wenn die Behandlung frühzeitig einsetzt.

Grätzer.

Oluf Thomsen (Däne), Die makroskopische Untersuchung der Nabelschnurentzündung bei Syphilis. (Bibliotek for Läger. 1906. Nr. 1.) Der Verf. hat früher nachgewiesen, daß ein Kind, dessen Eltern Syphilis haben, selbst als syphilitisch anzusehen sein muß, wenn Entzündungsveränderungen in seiner Nabelschnur vorgefunden werden. Der Verf. zeigt, wie diese Veränderungen sich in der gleich nach der Entbindung in 25 $^0/_0$ iger Formalinlösung ge-

legten Nabelschnur makroskopisch nachweisen lassen. Die Veränderungen sind durch beigefügte Bilder illustriert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Pommer, Zur Kenntnis der hereditären Schädelsyphilis. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) Einwandsfreie Beobachtungen hereditär syphilitischer Veränderungen am Schädeldach sind selten. P. teilt deshalb ausführlich einen solchen Fall mit, der einen 9 Wochen alten Knaben betraf, und der außerdem syphilitische Veränderungen an den Lungen, der Leber und Milz darbot. Am Schädeldach fanden sich in verschiedenster Lokalisation, die am besten aus der Beschreibung an der Hand der Abbildungen hervorgeht, ausgedehnte gummöse, osteomyelitische und ostitische Veränderungen. Die mikroskopische Untersuchung verschiedenster Stellen ergab übereinstimmende und sich ergänzende Befunde, die P. dahin zusammenfaßt, daß es sich um eine der Schädelknochen in verschiedener Ausdehnung einnehmende gummöse Ostitis und Osteomyelitis handelt, mit vorwiegend destruktivem Charakter. Ausgedehnte Verkäsung fand sich in keinem Gebiete des gummösen Granulationsgewebes. Dieses überschreitet nicht die Faserschicht des Perikraniums und nicht die der Dura mater. Zeichen von Stalisteresis fanden sich, in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen P.s nirgends, vielmehr handelt es sich an den in Frage kommenden Stellen um Ablagerung unverkalkten Knochens, sowie um eine im Verhältnis zur Resorption geringe Apposition.

Bennecke (Jena).

M. B. Schmidt, Über syphilitische Osteochondritis. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) S. untersuchte die Knorpelknochengrenzen syphilitischer Neugeborener und konnte feststellen, daß es sich bei der Epiphysenlösung nicht um eine Erkrankung des Knochenmarkes, bei der es zur Resorption bereits gebildeten Knochens kommt, handelt, sondern um einen Ossifikationsdefekt, der dadurch entsteht, daß sich ein von den Knorpelmarkshöhlen ausgehendes Granulationsgewebe in verschiedener Mächtigkeit entwickelt. Dieses oft sehr zahlreiche Granulationsgewebe hat einen durchaus typischen Sitz zwischen verknöcherter Diaphyse und dem Epiphysenknorpel und stammt in letzter Linie von dem Perichondrium ab, ohne irgend etwas mit dem Knochenmark zu tun zu haben.

Bennecke (Jena).

Looser, Über Osteogenesis imperfecta tarda. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) L. weist an der Hand eines von ihm untersuchten Falles — 17jähriger Knabe, der von $1^1/_2$ bis 17 Jahren ca. 50 Frakturen erlitt — von Osteopsathyrosis nach, daß klinisch und pathologisch-anatomisch diese Krankheit mit der Osteogenesis imperfecta so viele Übereinstimmungen besitzt, daß eine Trennung dieser beiden Krankheiten nicht gerechtfertigt erscheint. Das Wesen der Krankheit besteht in einer mangelhaften enchondralen und periostalen Knochenbildung bei normaler Bildung der Osteoblasten und normaler lakunärer Resorption. Der Name Osteopsathyrosis müsse demnach fallen und der Unterschied gegebenenfalls durch die Bezeichnung Osteogenesis imperfecta tarda ausgedrückt werden.

Bennecke (Jena).

Oluf Thomsen, Pathologisch-anatomische Veränderungen in der Nachgeburt bei Syphilis. (Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 38. Heft 3.) Th. untersuchte an 100 Fällen von Syphilis die Nabelschnur, Plazenta und Eihäute. Die umfangreiche, an interessanten Einzelheiten sehr reiche Arbeit, die durch eine umfassende Literaturübersicht eingeleitet wird, eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Aus der Fülle des Materials mögen nur die wichtigsten Punkte hervorgehoben werden. In der Nabelschnur fast aller Fälle fanden sich periarteriitische und periphlebitische Prozesse verschiedener Intensität. Sie sind im großen und ganzen als für Syphilis charakteristisch anzusehen, doch finden sich auch Fälle, wo sie fehlen und andererseits andere Erkrankungen, die nicht mit Syphilis kombiniert sind, wo sie gleichfalls und in derselben Art nachzuweisen sind. Die Nabelschnur ist meist nur fleckweise von diesen Veränderungen betroffen. Ein Kind von syphilitischen Eltern kann selbst als syphilitisch angesehen werden, wenn die entzündlichen Veränderungen der Nabelschnur vorhanden sind.

Das Ödem der Plazenta findet sich häufiger bei Syphilis als bei einer anderen Erkrankung; jedenfalls ist es die Ursache des meist auffallend großen Gewichtes der Plazenta bei Syphilis. Die auf Wucherung der Stromazellen der Zotten beruhende, von Fränkel zuerst beschriebene Hyperplasie der Villi ist, wenn sie stärkere Grade annimmt, nur bei Syphilis beobachtet worden. Leichtere Grade kommen auch bei anderen Erkrankungen vor. Wucherungen synzytialer Elemente sind für Syphilis nicht charakteristisch. Die auf Infiltration der Zotten mit Leukozyten, die aus den Villusgefäßen stammen, beruhende sogenannte Abszeßbildung ist, wenn sie mit Zottenhyperplasie verbunden war, bisher nur in Fällen beobachtet, wo Syphilis nicht auszuschließen war. — An der mütterlichen Plazenta finden sich keine für Syphilis charakteristischen oder gar spezifischen Veränderungen. — Auch in den Eihäuten finden sich Leukozyteninfiltrationen, die gleichfalls nicht spezifisch für Syphilis sind, aber doch insofern charakteristisch sind, als sie sich namentlich in den Fällen finden, wo die Infektion der Frucht mit Syphilis am stärksten auftritt.

Bennecke (Jena).

August Kohl, Ein Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4. Mit 1 Tafel und 1 Abbildung.) 2 monatiges manifest luetisches Kind zeigt post mortem zwei linsen- bzw. kirschkerngroße, im Zentrum verkäste und erweichte Knoten im linken Unterlappen der Lunge. Mikroskopisch deutliches Bild des Gumma, konzentrische Anordnung der Faserzüge.

Der Fall ist gewiß selten; wenn sich jedoch Verf. bemüht hat, „in der einschlägigen Literatur der letzten 17 Jahre Fälle von isolierten Syphilomen in den Lungen hereditär-syphilitischer Säuglinge zu finden“ und dabei nur ein „durchaus negatives Ergebnis“ gehabt hat, so hat er die ausführliche Arbeit des Referenten[1]) übersehen.

---

[1]) Beiträge zur Histologie und Pathologie der kongenitalen Syphilis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1898. Bd. 61.

In dieser findet sich ein Fall von großknotigem Syphilom mit allen charakteristischen Bildungen verzeichnet. Hecker.

Edg. Gierke, Das Verhältnis zwischen Spirochaeten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder. (Aus dem pathol.-anatom. Institut der Universität Freiburg i. B.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 9). G. berichtet über zwei beobachtete und spezifizierte Fälle von kongenitaler Lues. Bei dem einen war vor allem interessant, daß im Leberausstrich Spirochaete pallida nachgewiesen und im Schnitt Spirochaeten gefunden wurden, so daß beide identifiziert werden dürfen; ferner war wichtig die oft sehr reichliche Spirochaetenansiedelung in Organen, die keine oder nur sehr geringe histologische Veränderungen aufwiesen (Nebenniere, Niere). Im zweiten Falle entsprach in der Lunge und in der Nebenniere die Spirochaetenzahl der krankhaften Veränderung; die stärkst veränderten Stellen beherbergten bei weitem am meisten. Aber auch hier waren Organe, die gar nicht nachweisbar oder wenig (Pankreas, Niere) verändert waren und trotzdem teilweise (Pankreas) ziemlich reichlich Spirochaeten enthielten.

Dann untersuchte G. noch Organstückchen von drei kongenital syphilitischen Kindern, bei allen drei erschien die Leber typisch syphilitisch verändert und beherbergte Spirochaeten.

Man kann wohl sagen, daß das Postulat des regelmäßigen Nachweises von Spirochaeten bei Syphilis bisher erfüllt ist. Freilich stimmen Gewebsveränderungen und Spirochaetenbefund nicht stets überein. Man braucht daraus keinen Schluß gegen die ätiologische Bedeutung zu ziehen, denn es handelt sich hier um Kinder, die an ihrer floriden Syphilis zugrunde gegangen sind. Es konnte die starke Propagation in den letzten Lebenstagen erfolgt sein und der geschwächte Organismus sich zu einer Reaktion nicht mehr aufgerafft haben. Wichtiger als die fehlenden Veränderungen erscheinen die positiven Fälle, speziell wenn in sicheren entzündlichen Herden nur Spirochaeten, keine anderen Bakterien nachgewiesen werden können (Lunge, Nebenniere und Leber von Fall II). Wenn sich also auch zurzeit aus den histologischen Untersuchungen die ätiologische Bedeutung der Spirochaeten noch nicht einwandsfrei beweisen läßt, so bilden sie doch wichtige Stützen und von ihrer weiteren Ausführung sind bald wertvolle Resultate zu erwarten, da es sich herausgestellt hat, daß geeignet (besonders in Formol) konserviertes Material noch nach Jahren die Untersuchung gestattet, und daß die Spirochaeten auch der Mazeration relativ lange stand zu halten vermögen.

Grätzer.

P. Huebschmann, Spirochaete pallida (Schaudinn) und Organerkrankung bei Syphilis congenita. (Aus dem patholog. Institut Genf.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 24.) In der Ramon y Cajàlschen Achsenzylinderdarstellung ist ein Mittel gefunden worden, um die Spirochaete pallida in tadelloser Weise in mikroskopischen Schnitten sichtbar zu machen. H. benutzte ausschließlich Paraffinschnitte. Mit der Giemsa-Färbung erhielt er keine guten Resultate, ebenso mit der van Giesonschen; bessere mit Sufranin, sehr gute mit Thionin in konzentrierter wäßriger Lösung.

H. schildert nun einen genau untersuchten Fall, der in mancher Hinsicht sehr interessant ist und zum Teil frappierende Resultate ergab. Es ließ sich mit Sicherheit die Diagnose Lues congenita stellen, wie es der Milztumor, die Knochenerkrankung, die interstitielle Pankreatitis und die Thyreoiditis klar bewiesen. Setzt man voraus, daß die Spirochaeten bei der syphilitischen Gewebsläsion eine Rolle spielen, so müßte auch ein gewisser Parallelismus zwischen Spirochaetenbefund und Organerkrankung bestehen. H. fand bei obigem Falle keine Spirochaeten in Lunge und Milz, wenige nur in Nieren, Nebennieren, Plazenta und Nabelschnur, in sehr großer Menge jedoch in Pankreas und Thyreoidea, also in den Organen, die der Hauptsitz der syphilitischen Erkrankungen waren. Die Spirochaeten bevorzugten das Bindegewebe und besonders die Gefäß- und speziell die Kapillarwandungen. Beachtenswert erschien noch die Lage der Spirochaeten in der Niere, welche die Zeichen einer leichten Nephritis bot: sehr wenige Exemplare in den Glomeruli, reichlichere in den Kapillarwandungen der Sammelröhren und zwischen den Epithelzellen der letzteren; es deutet dies eventuell darauf hin, daß die Spirochaeten durch die Nieren ausgeschieden werden können. Besonderes Interesse verdient endlich das Vorhandensein der Spirochaeten in der Plazenta, wo sie sich besonders im mütterlichen Teil fanden, jedoch auch in den Zotten und im Nabelvenenblut zutage traten.

Grätzer.

H. Schlimpert, Spirochaetenbefunde in den Organen kongenital syphilitischer Neugeborener. (Aus dem Patholog. Institut des Stadtkrankenhauses in Dresden-Friedrichsstadt.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 26.) Die Ergebnisse der angestellten Untersuchungen faßt S. wie folgt zusammen:

1. Die Spirochaete pallida wurde bei Lues congenita von uns zum ersten Male nachgewiesen in: Magen, Mesenterium und Mesenterialdrüsen, Gallenblase, Ductus choledochus, peripherischen Nerven, Schilddrüse und Thymus, Tonsillen, Zunge, Wangen- und Rachenschleimhaut.
2. Die Spirochaete pallida vermag das intakte Zylinder- und Plattenepithel interzellulär zu durchdringen.
3. Sämtliche Sekrete und Exkrete des kongenital syphilitischen Neugeborenen sind als infektiös anzusehen.

Grätzer.

H. Beitzke, Über Spirochaete pallida bei angeborener Syphilis. (Aus dem Pathologischen Institut zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 24.) B. untersuchte 16 nicht mazerierte kongenital syphilitische Kinder, außerdem mazerierte syphilitische Neugeborene. Nachdem er aber bei 5 der letzteren in Ausstrichpräparaten keine Spirochaeten hatte finden können, schloß er zunächst die sanguniolenten Toten von den weiteren Untersuchungen aus. Erst durch die später erfolgten Mitteilungen über den gelungenen Nachweis von Spirochaeten in Schnittpräparaten aus Organen mazerierter syphilitischer Kinder wurde er veranlaßt noch zwei weitere mazerierte Neugeborene zu untersuchen.

Es wurden anfangs von den Organen jedes Falles frische Abstreifpräparate in Kochsalzlösung untersucht; und in einem Falle mit positivem Resultate nach langwierigem Nachsuchen. Später begnügte sich B. mit gefärbten Ausstrichpräparaten; in einzelnen Fällen belohnte stundenlanges Suchen. Es empfiehlt sich möglichst baldige Vornahme der Färbung und Untersuchung; in alten Präparaten gelingt die Färbung viel schlechter. Von den Färbemethoden lieferte die Giemsasche die saubersten Bilder. Bezüglich der Schnittmethode war die sicherste die Levaditische, nur mußte die Zeit für Beizung und Reduktion aufs doppelte (also 6 bez. 2 Tage) ausgedehnt und alle Manipulationen bis zum Schneiden ganz im Dunkeln vorgenommen werden.

Ist nun die Spirochaete pallida wirklich der Erreger der Syphilis, dann ist zu fordern, daß sich die Spirochaeten erstens in allen Fällen von Syphilis und zweitens nur bei dieser nachweisen lassen. Unter 18 Fällen anatomisch sicherer kongenitaler Lues konnte nun B. 4 mal keine Spirochaete entdecken. Wenn man aber berücksichtigt, daß diese vier Fälle lediglich mit der nicht sehr vollkommenen Ausstrichmethode untersucht sind, und daß B., nachdem er das Silberimprägnationsverfahren benutzt, in jedem Falle Spirochaeten nachweisen konnte, so verlieren jene negativen Resultate sehr an Bedeutung. Was den zweiten Punkt anbelangt, hat B. von vier Neugeborenen, bei denen anatomisch nicht der geringste Verdacht auf Syphilis bestand, Abstrich- und Schnittpräparate aus den verschiedensten Organen untersucht, ohne eine Spirochaete zu finden; bei drei Säuglingen, deren anfangs vorhandene Syphilis unter einer spezifischen Kur vollkommen geschwunden war, und die bei der Sektion keinerlei Zeichen von Syphilis mehr boten, hat B. gleichfalls eine größere Anzahl Untersuchungen resultatlos angestellt.

Am häufigsten findet man die Spirochaeten in der Leber. Dieser Befund entspricht durchaus den Erwartungen, denn als Erreger der Syphilis mußten die Spirochaeten in die Frucht mit dem Nabelvenenblut, also zunächst in die Leber gelangen. Ferner lassen sich dieselben in den am stärksten erkrankten Partien am sichersten und in der Regel auch in größerer Anzahl nachweisen, so in den Lebergummositäten, in der weißen Pneumonie, in den Hautpapeln sowie allenthalben in der Wand der Gefäße. Scheinbar gegen eine ätiologische Rolle der Spirochaeten sprechen diejenigen Fälle, wo sie sich in Organen finden, die nicht die geringste Spur einer syphilitischen Erkrankung zeigen, so z. B. in der Nebenniere, sowie die Befunde von Spirochaeten innerhalb mikroskopisch vollkommen intakter Parenchymzellen der verschiedensten Organe. Es handelt sich hier vermutlich um agonale Einwanderung der Mikroben zu einer Zeit, wo der Organismus sich ihrer nicht mehr erwehren kann. Außerdem erinnere man sich der Tatsache, daß das syphilitische Virus bedeutend langsamer wirkt als die Erreger der akuten Infektionskrankheiten, und daß daher eine Parenchymzelle zweifellos Spirochaeten eine Zeitlang beherbergen kann, ohne anatomisch sichtbar zu erkranken. Grätzer.

Oluf Thomsen und **Ole Chievitz** (Dänen), Spirochaete pallida (Treponema pallidum) bei angeborener Syphilis. (Bibliotek

for Läger. April 1906.) Die Verf. fanden konstant Spirochaete pallida in den Organen von Kindern mit angeborener Syphilis, wenn die Kinder bis zur Geburt gelebt hatten, und wenn die Organe syphilitische Veränderungen darboten. In den Organen von mazerierten syphilitischen Früchten ist es gewöhnlich nicht möglich, die Spirochäten in Abstrichpräparaten nachzuweisen. Es besteht ein Parallelismus zwischen der Stärke der anatomischen Veränderungen und der Menge der Spirochäten. Spirochaete pallida wird in den Organen von nicht syphilitischen Neugeborenen nicht gefunden. Spirochaete pallida muß als die Ursache der anatomischen Veränderungen bei angeborener Syphilis angesehen werden.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Buschke und **W. Fischer,** Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenfund. (Aus der dermatolog. Abteil. d. städt. Krankenhauses am Urban in Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) Der Fall betraf ein 3 Wochen altes Kind mit schwerer, allgemeiner, hereditärer Lues, die ein besonderes Interesse durch die Beteiligung des Herzmuskels bot.

Zugleich teilen die Verf. mit, daß es ihnen jetzt gelungen ist, bei einem 6 jährigen Kinde, welches nur einen geringen Nasenkatarrh hatte, ganz sicher aber keine Hautveränderungen aufwies und ohne klinisch nachweisbare Organveränderungen war, relativ zahlreiche Spirochaetae pallidae in Blutausstrichpräparaten nachzuweisen. Dies wurde also konstatiert zu einer Zeit, wo klinisch die sichere Diagnose auf hereditäre Lues nicht gestellt werden konnte. Das Kind starb dann, und die Sektion ergab Leber- und Milzsyphilis mit Spirochäten in den Ausstrichen dieser Organe. Es ist also jedenfalls die Möglichkeit vorhanden, Spirochäten im Blute solcher Kinder nachzuweisen, bevor man mit anderen Hilfsmitteln die Diagnose zu stellen vermag. Fraglich bleibt, ob dann nicht schon die Durchseuchung des kindlichen Organismus mit Syphilisvirus soweit vorgeschritten ist, daß sich nennenswerte therapeutische Vorteile nicht mehr erzielen lassen. Immerhin erscheint es nicht ganz überflüssig, bei bestehendem Verdacht häufigere Blutuntersuchungen vorzunehmen, die dann vielleicht auch bereits zu früherem Datum verwertbare Resultate ergeben.

Grätzer.

C. Stuhl, Lues congenita im Bilde lymphatischer Leukämie bei einem Neugeborenen. (Aus der H. Koeppeschen Kinderpoliklinik in Gießen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.) Bei dem 11 tägigen Kinde waren zu konstatieren: Milz- und Lebervergrößerung, diffuse Schleimhautblutungen, blasse Schleimhäute, Blutbild übereinstimmend mit dem der lymphatischen Leukämie. Es wurde letztere angenommen, zumal der Verdacht auf Lues in der Anamnese keine Stütze fand. Bei der Sektion trat eine Leberlues mit miliaren Gummis zutage, und es stand nunmehr fest, daß man es mit einer unter dem Bilde einer lymphatischen Leukämie verlaufenden Lues congenita zu tun gehabt hatte.

Grätzer.

F. Brandenberg (Winterthur), Über akute Leukämie im Kindesalter. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 8.)

B. führt drei Fälle vor, bei denen die intra vitam gestellte Diagnose Morb. maculos. Werlhofii acutissimus nach eingehender kritischer Beleuchtung in akute Leukämie umgeändert werden mußte. Die Krankheitsbilder sind sehr leicht zu verwechseln, und nur eine Blutuntersuchung, die ganz unerläßlich ist, führt zum Ziel.

Der äußerst rapide Verlauf, besonders der ersten beiden Fälle, das akute Einsetzen der Krankheit, rechtfertigen wohl die Annahme, daß die akute Leukämie, ebenso wie die Purpura fulminans, zu den Infektionskrankheiten zu zählen ist. Grätzer.

A. Studer, Zur Kasuistik der Leukämie. (Aus dem Kantonspital Winterthur.) (Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1906. Nr. 4 u. 5.) 10 jähriges Mädchen mit Lymphozytenleukämie, die 3 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome ad exitum führte. Therapeutisch wurden Röntgenstrahlen angewandt; Patientin wurde im Verlauf eines Monats in 15 Sitzungen 170 Minuten lang bestrahlt. Die Veränderungen des Krankheitszustandes waren unbedeutend, wobei freilich schwere Komplikationen, die sich in jener Zeit einstellten und besonders das Blutbild stark beeinflußten, eine Rolle spielen mochten.

Das Krankheitsbild zeigte überhaupt eine Reihe klinisch sehr interessanter Details, worüber im Original nachgelesen werden muß. Grätzer.

H. Flesch, Zur Frage der Röntgenbehandlung bei Leukämie. (Aus dem Stefanie-Kinderspital in Budapest.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.) F. führt drei mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle vor: eine myeloide und zwei Fälle von lymphoider Leukämie. Der erste Fall war dadurch besonders interessant, daß sich nach der Behandlung aus einer myeloiden eine lymphoide Leukämie entwickelte, ein Vorgang, der nur 2 mal bisher beschrieben wurde, von v. d. Wey und Türk. F.s Fall hat mit dem letzteren viele Ähnlichkeit. Auch im Türkschen Falle war im Anschluß an Arsentherapie (im F.schen an Röntgenbehandlung) innerhalb weniger Monate hochgradige Besserung im klinischen und hämatologischen Bilde zu verzeichnen, als plötzlich das ganze Blutbild in ein der akuten lymphoiden Leukämie entsprechendes überging und eine Überflutung des Blutes mit unreifen, granulationslosen, lymphoiden Zellen evident wurde.

Bei den beiden Fällen von lymphoider Leukämie hatte die Röntgenbehandlung gar keinen bzw. einen nur geringen günstigen Einfluß. Grätzer.

J. G. Hunt, Infantile Pseudoleukemic Anemia. (Jour. Amer. Med. Ass. 3. Februar 1906.) Das 15 Monate alte Kind wurde ins Spital wegen Paedatrophie gebracht. Es wog 5500 g und hatte mehrere Symptome von Rachitis. Infolge der irregulären Temperatur innerhalb der nächsten 2 Wochen untersuchte H. das Blut des Kindes und fand eine bedeutende Reduktion in den roten Blutzellen, eine konstante, gleichmäßige, starke Leukozytose mit Überwiegen der mononuklearen Zellen, eine große Menge kerniger Erythrozyten, besonders von der megaloblastischen Sorte. Der Hämoglobingehalt war äußerst ver-

mindert (30). Myelozyten — neurophile, basophyle und eosinophile — waren immer vorhanden. Der Urin enthielt etwas Albumin und wenige hyaline und kernige Zylinder. Die Sektion zeigte, daß alle Organe sehr blaß und blutlos waren. Die Milz war hochgradig vergrößert, wog 91 g, von derber Konsistenz und schieferartig-blauer Farbe. Die Malpighiankörperchen waren undeutlich, das Balkengewebe stark verdickt und bestand hauptsächlich aus Fasergewebe. Hier und da fanden sich auch einzelne längliche, dunkel gefärbte Kerne und eine mäßige Quantität von zersetztem Blutpigment. Letzteres wurde auch in allen anderen Organen beobachtet.

Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und perniziöser Anämie, Leukämie und sekundärer Anämie mit Leukozytose und betont, daß jedes Kind, das an Paedatrophie leidet, auf Pseudoleukämie untersucht werden soll. H. B. Sheffield.

Georgi, Zwei Fälle von Milzruptur. (Aus dem Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.) Der erste Fall betraf ein 6jähriges Mädchen, das aus 3 Etagenhöhe herausstürzte. Nach $^1/_2$ Stunde starke Blässe des Gesichts, schlechter Puls. Sofort Laparotomie. Milz an der Konvexität quer bis auf den Hilus eingerissen. Exstirpation. 3 Stunden post operat. Exitus im Kollaps. Es war hier die Blutung eine derart heftige gewesen, daß die Shockerscheinungen mit den Verblutungssymptomen sich innig mischten und innerhalb $^1/_2$ Stunde eine wesentliche Verschlimmerung nachweisbar war. Bei diesen gleich mit so starker Blutung einsetzenden Fällen wird wohl meist die Operation zu spät kommen.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 4jähriges Mädchen, das von einer Droschke überfahren worden war, aber trotz Milzruptur gerettet werden konnte. Hier gingen zunächst die Shokerscheinungen zurück, das Aussehen wurde besser, der Puls langsamer und voller. Nach 6—8 Stunden traten ganz allmählich die Symptome einer inneren Blutung auf. Bemerkenswerterweise zeigte sich erst 10 Stunden nach der Verletzung die Bauchdeckenstarre, der Leib war bis dahin weich und eindrückbar. Eine ziemlich wahrscheinliche Erklärung für das langsame Eintreten der Verblutungssymptome ergab der anatomische Befund, indem der Riß in der Milz ein verhältnismäßig kleiner war. Unerklärt blieb das hier 2mal beobachtete Blutbrechen; wahrscheinlich handelte es sich um eine durch die Quetschung hervorgerufene Verletzung der Magenschleimhaut. Grätzer.

Petrone, Über die Anämien im Kindesalter. (La Pediatria. Mai 1905.) Verf. teilt die Anämien in die reinen und komplizierten Formen; bei ersteren unterscheidet er: Anämie vom Typus der Chlorose, charakterisiert durch globulären Wert, der niedriger ist, als in der Norm bei einer fast normalen Zahl von roten Blutkörperchen, ferner die einfache Anämie, charakterisiert durch Oligozytämie mit globulärem Wert, der zuerst normal ist oder wenig unter normal, dann aber, wenn die Regeneration des Blutes beginnt, niedriger wird, ferner die perniziöse progressive Anämie, im wesentlichen charakterisiert durch

Megalozytämie mit höherem globulären Wert als normal, beides Anzeichen einer metaplastischen Regeneration des Blutes.

Die komplizierten Anämien stellen sich als verschiedene Typen der je nach den verschiedenen Modalitäten der krankhaften Reaktionen und der verschiedenen Lokalisation derselben. Verf. gibt einen Überblick über die verschiedenen Formen. F.

Georg Freund, Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit (Brustkind). (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 86. Heft 1—3. S. 129.) Das 7 Monate alte Kind, das während des Ausbruchs der Krankheit an der Brust einer gesunden Mutter genährt wurde, erkrankte mit einem Fall an der Stirn. Es bildete sich eine Blutbeule, die immer mehr zunahm und der bald solche Beulen an anderen Stellen folgten. Nach 14 Tagen stellten sich heftige Konvulsionen am ganzen Körper ein, denen einseitige Lähmung und Reizungserscheinungen auf der anderen Seite folgten. In diesem Zustande trat der Exitus ein.

Bemerkenswert war in diesem Falle das Auftreten der Krankheit mit dem Trauma, die Erkrankung bei einem an der Brust genährten Kinde und der plötzliche Exitus, der auf eine intrakranielle Blutung in der Hirnrindengegend zurückzuführen war. Hugo Starck.

H. Riese, Operation bei Barlowscher Krankheit. (Aus dem Kreiskrankenhause in Britz bei Berlin.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.)

14monatiger Knabe, zur Operation wegen akuter multipler Osteomyelitis eingeliefert. Hat eine Temperatur von fast 40° und mächtige Auftreibungen der Diaphyse des rechten Femur und der rechten Tibia in der Nachbarschaft des Kniegelenkes, und so schmerzhaft, daß das Kind auch in absoluter Ruhe fortwährend wimmerte. Auch R. dachte da zunächst an Osteomyelitis; als er aber starke blutige Suffosionen des Zahnfleisches konstatierte, wußte er, was vorlag, zumal ihm auch auffiel, daß die Schwellung am Bein absolut auf den Knochen, bzw. das Periost beschränkt war, daß die entzündliche Schwellung der tiefen Muskulatur, wie wir sie bei Osteomyelitis gewöhnlich haben, völlig fehlte, — ein für die Differentialdiagnose wichtiges Moment!

Da das Kind sehr geschwächt war, nichts genoß und nicht schlief, wollte R. erst die Schmerzen mildern, d. h. das Blut ablassen. Durch je einen bis auf den Knochen geführten kleinen Schnitt an Femur und Tibia in der Nähe der unteren bzw. oberen Epiphyse entleerte er große Mengen flüssigen, unter dem äußerst gespannten Periost liegenden Blutes und tamponierte die Wundhöhle leicht. Sofort Schmerzen weg, sehr bald auch das Fieber. Nach 3 Wochen völlige Heilung.

Wenn auch in ähnlichen Fällen Spontanheilung eintreten kann, so wäre eine solche in einem so hochgradigen Falle keineswegs sicher zu erwarten gewesen, und ein operativer Eingriff war wohl berechtigt, wenn auch vor Eingriffen bei Barlowscher Krankheit wegen der Neigung zu Nachblutungen gewarnt wird. Aber die enorme Spannung des Periosts, welche die Schmerzen hervorrief, rechtfertigte hier den Eingriff, zumal auch das Fieber wohl durch Blutresorption bewirkt wurde. Durch Entleerung des Blutes wurde denn auch beides prompt beseitigt. Die Operation ist auch nur bei ganz schweren Fällen mit sehr ausgedehnten Hämatomen indiziert, und ist hier Inzision und Tamponade zu empfehlen, nicht Punktion, da letztere eine Nach-

blutung in die subperiostale Höhle nicht sicher vermeiden läßt. Die Örtlichkeit der Hämatome gestattet, die Operation so gut wie blutleer zu gestalten, Narkose ist nicht notwendig und durch kurze Tamponade schützt man sich vor Nachblutung. Grätzer.

Senator, Zur Kenntnis des Skorbuts. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) Obgleich der Skorbut in der Nosographie herkömmlicherweise bei den sogenannten „Blutkrankheiten“ abgehandelt wird, sind Untersuchungen des Blutes von Skorbutkranken nach den neuen, von P. Ehrlich eingeführten Methoden bis jetzt nur außerordentlich spärlich und solche der blutbildenden Organe, namentlich des Knochenmarks, der Milz und Lymphdrüsen so gut wie gar nicht gemacht worden. Diese Lücke ausfüllen zu helfen, soll die Mitteilung S.s dienen, welche ein 15jähriges Mädchen mit „sporadischem“ Skorbut betrifft. Über die betreffenden Untersuchungsbefunde heißt es in der Mitteilung:

„Das Blut zeigte demnach eine gewaltige, von Tag zu Tag stetig fortschreitende Abnahme der Erythrozyten bis auf etwa ein Sechstel der Normalzahl und eine vielleicht noch etwas stärkere Abnahme des Hämoglobingehaltes, ferner eine ziemlich stetig fortschreitende Leukozytose mit entsprechender Abnahme der Lymphozyten, dann Poikilozytose, polychromatische Degeneration der Erythrozyten und Auftreten von Normoblasten, also ein Befund, wie er der schweren einfachen posthämorrhagischen Anämie von subakutem oder chronischem Verlauf entspricht. Der Befund von Myelozyten in geringer Zahl ist als Zeichen einer reparatorischen Reizung des Knochenmarks dabei nichts Ungewöhnliches, während der Befund von Megaloblasten, der auch nur ein einziges Mal hier erhoben wurde, als eine übrigens auch sonst schon bei schweren einfachen Anämien beobachtete Ausnahme zu gelten hat. Keinesfalls ist daraus auf eine andersartige Anämie oder gar Leukämie zu schließen, wogegen übrigens auch der ganz in physiologischen Grenzen liegende Gehalt an Eosinophilen und Mastzellen spricht.

Zur mikroskopischen Untersuchung kamen Milz, Lymphdrüsen, ein Oberschenkelknochen und mehrere Brustwirbel. Sie wurden in Alkohol fixiert. Schnitt- und Ausstrichpräparate ergaben in Milz und Lymphdrüsen keine Abweichung vom normalen Bau und keine Veränderung der zelligen Bestandteile. Die Marksubstanz der Wirbelkörper rot, ebenso die Epiphysen des Oberschenkels, während sie in der Diaphyse gelb war. Ausstrichpräparate, sowie Schnittpräparate, nach May-Grünwald und mit Triacid gefärbt, lassen erkennen, daß die kernlosen roten Blutkörperchen (Erythrozyten) in auffallend geringer Menge vorhanden sind, so daß der weiße Blutzellen enthaltende Anteil stark überwiegt, ohne daß die einzelnen Formen ein abnormes Mengenverhältnis zeigen. Sehr zahlreich finden sich Riesenzellen (Megakaryozyten), die zum Teil Einschlüsse von runder Form, die die Kernfarbstoffe intensiv aufnehmen (vielleicht Kerne von Erythrozyten?) enthalten.“ Grätzer.

Diepgen und **Schröder,** Über das Verhalten der weiblichen Geschlechtsorgane bei Hysterie, Herzleiden und

Chlorose. (Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 59. Heft 2—4.) Gynäkologische, gleichzeitig mit Hysterie beobachtete Erkrankungen stellen meistens lediglich eine zufällige Begleiterscheinung dieser Neurose dar; wo sich aber ein ursächlicher Zusammenhang nachweisen läßt, spielen sie lediglich die Rolle eines auslösenden Momentes, ähnlich wie das Trauma bei der traumatischen Hysterie. Was Herzleiden anlangt, so übt ein in der Jugend akquiriertes Vitium cordis zwar auf den Eintritt der ersten Periode relativ häufig eine entschieden retardierende Wirkung aus, im übrigen aber beeinflußt er den Typus der Menstruation nur wenig. Es scheinen somit weniger die Zirkulationsstörungen für etwa beim Vitium cordis auftretende Menstruationsanomalien verantwortlich zu sein, als vielmehr die häufig gleichzeitig vorhandene Schwächung des Gesamtorganismus. Bei der Chlorose ist das Durchschnittsalter des ersten Eintrittes der Periode erheblich nach oben verschoben; indessen sprechen die klinischen Tatsachen dafür, daß nicht in der Chlorose die direkte Ursache der Menstruationsanomalien zu sehen ist, sondern daß zumeist beide einer gemeinsamen dritten Ursache ihre Entstehung verdanken, nämlich der Entwicklungsstörung im Sinne Hegars. Freyhan (Berlin).

Determann, Klinische Untersuchungen der Viskosität des menschlichen Blutes. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft. 2—4.) Die Viskosität ist eine physikalische Eigenschaft des Blutes für sich und nur in lockere Beziehungen zu anderen Eigenschaften des Blutes zu bringen. Die vom Verf. vorgenommenen Untersuchungen der Viskosität haben ergeben, daß die Viskosität bei Gesunden je nach Tageszeit, Nahrungsaufnahme und Muskelarbeit schwankt. Schwere Muskelarbeit erhöht die innere Reibung, vegetarische Ernährung scheint sie zu vermindern. Bei Bluterkrankungen findet man erhebliche Veränderungen des Viskositätsgrades, meist eine Herabsetzung. Bei CO_2-Überladung des Blutes steigt die innere Reibung; in einer Reihe von Fällen mit erhöhtem Blutdruck war sie relativ niedrig. Kalte Bäder mit guter Reaktion steigerten, warme Bäder und Einpackungen verminderten die innere Reibung. Nach elektrischen Lichtbädern mit Schweißbildung stieg sie, jedoch erfolgte durch den folgenden Kälteeingriff sofort ein Ausgleich. Venöse Stauung eines Armes verursachte eine lokale Zunahme der Viskosität. Freyhan (Berlin).

de Vicariis (Paris), Recherches sur le sang des enfants prématurés. (Archives de méd. des enf. Avril/Mai 1906. S. 145.) Der Verf. hat im Pariser Findelhause, sowohl bei zeitig geborenen, als auch bei vorzeitigen Kindern Blutuntersuchungen vorgenommen und ist zu folgenden Schlüssen gelangt. Das Blut der vorzeitig Geborenen unterscheidet sich nicht viel von demjenigen normaler Neugeborenen, doch bietet dasselbe gewisse spezielle Charaktere. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist beiläufig normal, oft aber auch weniger zahlreich und vermindert sich dieselbe leicht unter dem Einflusse von Infektionen, von Ikterus und Ödemen. Man findet Jugendformen und zahlreiche Makro- und Mikrozyten. Kernhaltige rote Blutkörperchen sind charakteristisch für prämature Kinder, und sind um so zahlreicher, je entfernter die Zeit der Geburt von dem nor-

malen Schwangerschaftsende war. Man kann sie bis zum zehnten Lebenstage, und auch später, finden, während sie im Normalzustande nur während der ersten zwei Lebenstage angetroffen werden. Sie erscheinen mit Leichtigkeit, falls eine Infektion stattfindet, und sind um so zahlreicher, je schwerer dieselbe ist. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß bei Vorhandensein einer größeren Anzahl das Leben des Kindes bedroht erscheint. Obwohl die Anzahl der kernhaltigen roten Blutkörperchen in keinem direkten Zusammenhange mit der Temperatur steht, so wurde doch beobachtet, daß die Zahl derselben bedeutend zunimmt, falls die Temperatur unter das Normale sinkt.

Die Zahl der Leukozyten ist bei Prämaturen eine geringere als im normalen Zustande; dieselbe nimmt im Verlaufe von fieberhaften Krankheiten erheblich ab, und in sehr schweren Fällen findet man eine bedeutende Verminderung.

Die hämo-leukozytäre Formel ist durch ein Überwiegen der mittleren Mononuklearen und durch die Anwesenheit abnormer Elemente (Myelozyten, Mastzellen) charakterisiert. Man findet letztere selbst bei gesunden, aber vorzeitig geborenen Kindern, und würde ihre Anwesenheit die geringe Resistenz dieser Kinder gegenüber krankhaften Einflüssen erklären.

Gegenüber von Infektionen zeigt die Formel eine sehr schwache polynukleare Reaktion, was von schlechter prognostischer Bedeutung ist; hingegen findet man Übergangsformen und abnorme Elemente (kernhaltige rote Blutkörperchen mit doppeltem und dreifachem Kerne, Myelozyten und Mastzellen), als ob die blutbildenden Organe noch unvollkommen wären und nur sehr junge Formen in den Blukreislauf bringen möchten.

Die eosinophilen Polynuklearen, die sich in mittlerer Menge im Blute der betreffenden Kinder vorfinden, verschwinden, falls eine Infektion sich entwickelt, hingegen sind dieselben bei der Syphilis sehr zahlreich.

Die obigen Schlüsse können nicht als absolut gelten, da die Zahl der Untersuchungen sich nur auf einige 30 Fälle bezieht, doch haben dieselben eine gewisse klinische Bedeutung, namentlich in Anbetracht des Umstandes, daß einschlägige Untersuchungen bis jetzt nur in geringer Anzahl gemacht worden sind. E. Toff (Braila).

Liniger, Über Massage bei Gelenkerkrankungen. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 10. 1. Heft.) Der Verf. demonstriert an sehr instruktiven Beispielen die schädlichen Folgen von voreiligen und zu energisch ausgeführten Massagen bei Gelenkerkrankungen. Am besten ist es, Laien ganz von kranken Gelenken fernzuhalten und deren Massage nur geübten Ärzten anzuvertrauen. Gerade bei traumatischen Gelenkaffektionen tut man am besten, die Heilbestrebungen der Natur zu unterstützen und die kranken Gelenke zu schonen. Sehr wertvolle Dienste leistet die Biersche Stauungshyperämie bei einer ganzen Reihe von schmerzhaften Gelenkerkrankungen und Gelenkversteifungen; vor allen Dingen werden dadurch die Schmerzen in günstiger Weise beeinflußt und gemildert. In vielen Fällen ist es zweckmäßig, besonders bei Fingersteifigkeiten, erst einige

Stunden zu stauen, dann erst zu massieren und zu aktiven Bewegungen überzugehen. Freyhan (Berlin).

N. A. Kephallinós (Korfu), Über akuten Gelenkrheumatismus, Chorea und Endokarditis der Kinder. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Graz.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) K. verwertet statistisch 129 in der Klinik beobachtete Fälle. Im 1. Lebensjahr ist die Polyarthritis acuta sehr selten. Sie wurde bei einem 10 monatigen Säugling beobachtet, bei dem unter hohem, intermittierendem Fieber zwei Gelenke ausgesprochene akute entzündliche Erscheinungen boten, bei dem jedoch der weitere Verlauf eine Pneumokokkensepsis ergab; das Kind starb an Pneumonie. Die übrigen Fälle verteilten sich ziemlich gleichmäßig auf das 5. bis 15. Lebensjahr. Bemerkenswert war das fast vollständige Freibleiben des 2. und 3. Lebensjahres, einer Lebensperiode, die doch mit starkem Wachstum einhergeht. Das Vorkommen der Krankheit verteilte sich auf beide Geschlechter ziemlich gleichmäßig. Was die hereditären und familiären Verhältnisse betrifft, so hatten Vater und Mutter oder beide Eltern Rheumatismus überstanden in 22 von 69 Fällen, Geschwister litten oder hatten an Gelenkrheumatismus gelitten in acht weiteren von den 69 Fällen; mehrfache Erkrankungsfälle von Polyarthritis acuta in den Familien der Patienten kamen in fünf Fällen vor. In Summa lies sich bei ca. 50% das familiäre Vorkommen des Leidens erkennen. 23% der Patienten stammten von tuberkulösen Eltern ab. Das erstmalige Auftreten der Affektion fiel durchaus nicht ausschließlich, ja kaum vorwiegend in die Wintermonate, vielmehr war die Verteilung nach Monaten fast eine gleichmäßige. Die meisten Fälle verliefen entschieden leichter als bei Erwachsenen. Gerade bei den jüngeren Kindern waren die Lokalerscheinungen an den Gelenken keine besonders schweren, und die gesamte Krankheitsdauer eine kurze, im Durchschnitt eine 5 tägige. Bei manchen der älteren Kinder freilich trat ein intermittierender und protrahierter Verlauf in die Erscheinung, wobei sich die Wirksamkeit der Salizyltherapie sukzessive von Anfall zu Anfall zu vermindern schien. Von den 22 unkomplizierten Fällen starb nur einer, bei dem sich eine chronische deformierende Arthritis und endlich eine mächtige universelle Amyloidose anschloß. 7 von diesen Kindern kehrten später mit Nachschüben der Erkrankung wieder und zeigten sich mehr oder weniger invalid.

In 70% der Fälle folgte Beteiligung des Endokards nach; während von den 63 Knaben nur 28 an Endokarditis erkrankten, wurden von den 66 Mädchen 63 von Endokarditis befallen. Ein ähnliches, wenn auch nicht so auffälliges Verhalten zeigte das Vorkommen der Chorea im Gefolge der Polyarthritis, indem kaum 5% der Knaben und mehr als 20% der Mädchen jenes Leiden bekamen. Es scheint demnach das Endokard bei Mädchen eine weit höhere Disposition bzw. geringere Widerstandskraft gegenüber dem Gifte des Gelenkrheumatismus zu haben, als bei Knaben, und dasselbe ist offenbar bei dem Gebiet des nervösen Zentralorganes der Fall. Der Verlauf der Endokarditis konnte in 43 Fällen verfolgt werden, wobei sich 8 mal eine Restitutio des Herzens ad integrum nach Monaten oder Jahren

feststellen ließ, während in allen anderen Fällen organische Herzklappenfehler mit nachfolgenden Myokardprozessen entstanden.

Grätzer.

H. B. Sheffield, Akute Rheumatism in Children. (N. Y. Postgraduate Journ. Vol. XIX Nr. 4.) Von der Tatsache ausgehend, daß der Rheumatismus gleich den akuten Infektionskrankheiten verläuft, und daß die Experimente, die von verschiedenen Forschern unternommen worden sind, fast sicher feststellen, daß der Rheumatismus durch einen Mikroorganismus verursacht wird, ist Verf. verwundert, daß die Infektionstheorie des Rheumatismus noch immer nicht allgemeine Annahme gefunden habe von der Ärztewelt. Verf. ist der Ansicht, daß die so oft besprochene Diät beim akuten Rheumatismus keinen günstigen Einfluß ausübt, und empfiehlt Bettruhe und Salizylpräparate. Letztere sollen in genügend großen Dosen verabreicht werden, um das rheumatische Gift zu neutralisieren, und lange genug fortgesetzt werden, bis jede Spur der Krankheit verschwunden ist. Die Jodpräparate sind in hartnäckigen Fällen sehr dienlich.

H. B. Sheffield (Autoreferat).

E. Toff (Braila), Salit, ein neues Salizylpräparat für den äußeren Gebrauch. (Spitalul. 1905. Nr. 22.) T. teilt seine mit diesem Salizylpräparate gemachten Erfahrungen mit und ist der Ansicht, daß dasselbe mit Vorteil die sonst üblichen Salizylpräparate, Methylum salicylicum, Mesotan usw. ersetzen kann. Hauptsächlich sind es die akut rheumatischen Affektionen, welche unter Salit auffallend rasche Besserung zeigen, doch auch bei chronischen Formen wird das Mittel mit Vorteil angewendet. Die Anwendung geschieht am besten unter der Form von systematischen Einreibungen; man benutzt das Mittel entweder pur oder bei Kindern und Personen mit empfindlicher Haut gemischt mit gleichen Teilen Olivenöls. Um Hautreizungen vorzubeugen, ist es am besten, die einzureibende Fläche vorerst mit warmem Wasser, Seife und Alkohol zu waschen, da man sonst durch das Hineinreiben von Unreinlichkeiten in die Hautporen Reizungen hervorrufen kann, die man fälschlich auf das Mittel zurückführen könnte. Bei Anwendung dieser Vorsichtsmaßregeln, hat T. von Salit niemals irgendwelche Hautreizung gesehen. Toff (Autoreferat).

Weber, Stills type of chronic joint disase in children and the so-called „tuberculous rheumatism“. (British. Journ. of Childrens Diseases. Vol. 11. Nr. 5. S. 208.) W. bringt die Krankengeschichte zweier Kinder mit tuberkulösem Rheumatismus. Der erste Fall betrifft einen Knaben, der im Alter von 7 $^{3}/_{4}$ Jahren erkrankte. Im Verlauf der 4 jährigen Beobachtungsdauer wurden verschiedene Gelenke befallen, daneben traten Anschwellungen der Milz und Lymphdrüsen auf; gleichzeitig wiederholten sich Fieberanfälle und es bildete sich eine Mitralerkankung aus. Die Gelenkerkrankungen heilten aus. Der zweite Fall betrifft ein Mädchen, das im Alter von 12$^{1}/_{2}$ Jahren erkrankte. Auch hier zeigten sich verschiedene Gelenke befallen, sowie eine Schwellung der Milz und verschiedener Drüsen. Es trat ebenfalls Besserung ein. W. glaubt, daß es sich in diesen Fällen um Gelenkerkrankungen handele, die hervorgerufen werden

durch Toxine, gebildet von Tuberkelbazillen, die in anderen Organen lokalisiert sind. Dafür spricht seiner Ansicht nach der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion in dem zweiten Falle, ohne daß sich lokale Erscheinungen während derselben an den Gelenken zeigten.

Schreiber (Magdeburg).

Ch. Kokkoris (Athen), Tuberkulöser Rheumatismus. (L'Orient médical. 1906. Nr. 1.) Der Verf. hat zwei Fälle beobachtet, welche das Bild eines akuten Gelenkrheumatismus darboten und in die Reihe der zuerst von Poncet (Lyon) und seinen Schülern beschriebenen tuberkulösen Gelenkrheumatismen zu setzen wären. In dem einen Falle handelte es sich um ein 18 jähriges Mädchen, welches einige geschwellte Lymphdrüsen am Halse hatte, von denen eine in Eiterung überging, eröffnet und ausgekratzt wurde. Heilung. Ein Jahr später traten Erscheinungen von akutem Gelenkrheumatismus auf, die nacheinander alle großen Gelenke befielen. Es bestand große Schwellung, hohes Fieber, bedeutende Schmerzhaftigkeit. Alle Salizylpräparate und andere antirheumatischen Medikamente blieben ohne jedweden Einfluß auf den Krankheitsprozeß, welcher mit Exazerbationen und Remissionen viele Monate andauerte. Nach vollständiger Heilung waren die Gelenke wieder frei beweglich wie früher, doch trat nach kurzer Zeit in schleichender Weise eine exsudative Pleuritis, dann Lungentuberkulose (mit Kochschen Bazillen) auf, endlich erfolgte das letale Ende. Die zwischen zwei, sicher tuberkulösen Krankheitserscheinungen eingeschobene Gelenkserkrankung war also sicherlich ebenfalls tuberkulöser Natur, in welcher Annahme man noch durch das vollständige Versagen der Salizylpräparate bestärkt wird.

Der zweite Fall betraf ein 14 jähriges Mädchen, welches von einer tuberkulösen Mutter abstammte und im Alter von 1 $^{1}/_{2}$ Jahren eine akute Entzündung des rechten Hüftgelenkes mit hohem Fieber durchgemacht hatte. Auch hier blieben Salizylpräparate ohne Erfolg, doch ging die Krankheit in Heilung über und es blieb nur eine unbedeutende Ankylose und leichtes Hinken zurück. Nach einiger Zeit trat eine ähnliche Gelenkaffektion am rechten Knie auf und verschwand ohne Spuren zu hinterlassen. Endlich vor kurzem, nach einem Trauma, welches den rechten Trochanter getroffen hatte, entwickelte sich ein Tumor albus des betreffenden Gelenkes, welches zur Fistelbildung führte und nach Auskratzung, Einspritzungen von Jodglyzerin, Chlorzink usw. ausheilte. Also auch hier konnte angenommen werden, daß die in der Kindheit durchgemachten, akuten Gelenkerkrankungen tuberkulöser Natur waren. E. Toff (Braila).

Hans Herzog, Beitrag zur Kenntnis der Pneumokokkenarthritis im ersten Kindesalter. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 4.) Drei Fälle von Pneumokokkenarthritis, sowie zahlreiche (25) ähnliche Beobachtungen der Literatur weisen darauf hin, daß im frühen Kindesalter die Gelenke ebenso für Pneumokokkeninfektion prädisponiert sind, wie andere seröse Häute, Pleura, Peritoneum, Perikard und die Meningen. Die Ursache liegt in den eigentümlichen Wachstumsverhältnissen der jugendlichen Knochen. Pneumokokken-

arthritis ohne vorausgehende nachweisbare Lungenaffektion wird fast ausschließlich bei Kindern in den ersten Lebensjahren beobachtet. Eine Erklärung für diese Tatsache ist in dem diesem Alter eigenen sehr häufigen Auftreten von Paukenhöhlenerkrankung (mit Pneumokokken als Erregern) zu suchen.

Der eine mitgeteilte Fall widerspricht der Ansicht von Bichat und Göpfert, daß bei schweren Pyoseptikämien mit multiplen Gelenkaffektionen nicht der Pneumokokkus oder doch zum mindesten nicht der Pneumokokkus allein in Reinkultur gefunden wird.

Das klinische Bild der Pneumokokkenarthritis ist charakteristisch und unterscheidet sich vielfach von den durch andere Bakterien erzeugten Arthritiden. Statt das immerhin seltene Krankheitsbild zu verwischen durch Unterscheidung in Pneumokokken-Ostitis-Osteoperiostitis, -epiphysäre Osteomyelitis und -Arthritis schlägt H. vor, die einfache Bezeichnung: Pneumokokkenarthritis beizubehalten, für alle Fälle, in welchen die Gelenkerkrankung das Krankheitsbild beherrscht und in denen es sich nicht entscheiden läßt, ob die Erkrankung des Knochens primär oder sekundär war. Die Bezeichnung Pneumokokkenarthritis läßt sich um so mehr rechtfertigen:

a) da es sogar bei der Arthrotomie oft nicht gelingt, vorhandene Knochen- bzw. Knorpeldefekte zu finden;

b) weil sowohl Knochen- wie Knorpeldefekte als auch beide zusammen vorkommen können, so daß man fast jeden überhaupt vorkommenden Fall anders benennen müßte;

c) weil diese Knochen- bzw. Knorpelveränderungen das therapeutische Handeln fast gar nicht beeinflussen, da Ausstoßung von Sequestern nicht zu befürchten ist. Von größter praktischer Wichtigkeit ist bei der Diagnose der Pneumokokkenarthritis die rechtzeitige Probepunktion und bei der Behandlung die möglichst frühzeitige Arthrotomie.

Hecker.

J. L. Porter, Arthritis Deformans in a Boy 10 years old. (Archives of Ped. Bd. 23. Nr. 2.) Das Leiden fing vor 5 Jahren an mit fortwährenden Schmerzen und Geschwulst am rechten Fußgelenk. Kurz darauf wurden auch die Hände und Armgelenke angegriffen. Die Krankheit erstreckte sich dann allmählich auch auf die Schulter- und Kniegelenke, so daß jetzt fast alle Gelenke betroffen sind. Infolge der Verdickung der Knochen an den Gelenken ist der Junge verhindert zu gehen oder irgend etwas zu tun, ja selbst Rotation des Kopfes ist unmöglich, insofern eine Ankylose der Nackenwirbelgelenke besteht. Die völlige Untätigkeit der Glieder führte bedeutende Atrophie und Kontraktionen der Muskeln herbei und dadurch sehr bedeutende Deformitäten der Extremitäten.

Verf. glaubt durch heiße Dämpfe, Massage, diätetische Behandlung und eventuell chirurgisches Verfahren diesen Fällen etwas Hilfe schaffen zu können; im allgemeinen ist aber die Prognose sehr trist.

H. B. Sheffield.

A. Wimmer (Däne), Zwei Fälle von angeborenem Muskelleiden bei Kindern. (Nordisk Tidsskrift for Terapi. 1906. Bd. 4.

Heft 7.) Es handelte sich im ersten Falle um eine angeborene, progressive, symmetrische, wesentlich proximale, atrophische Extremitäts- und Trunkusparese mit anfangender Degenerationsreaktion bei einem 16 Monate alten Kinde.

Der Fall war Oppenheims Myotonia congenita ähnlich, aber die Degenerationsreaktion und die Progression deutete an die Werding-Hoffmannsche Krankheit, obgleich das Leiden angeboren und nicht hereditär war. Ein ähnlicher Fall wurde von Beevor (Brain. 1902. S. 85) veröffentlicht. Thyreoidinbehandlung schien Besserung hervorzurufen.

Fall II erinnerte sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch an Charcot-Marie-Trooths Typus (Hoffmanns progressive neurotische Muskelatrophie), aber das Leiden war angeboren und der Patient imbezill. Hoffmann beschrieb 1895 (Deutsche Zeitschrift für Neurologie. Bd. 6. S. 150) ähnliche Fälle, aber im vorliegenden Fall war Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämme, Ataxie und Rombergs Symptom vorhanden, sowie in den von Déjerine-Sottas-Brasch (Deutsche Zeitschrift für Neurologie. 1904. Bd. 26. S. 302) publizierten Fällen von névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. Bei dem 16 jährigen Patienten wurde mit Erfolg eine myoplastische Operation vorgenommen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

P. Urbach, Schwielenbildung im Musculus subscapularis. (Aus dem Rudolfinerhause Wien-Döbling.) (Wiener klin. Rundschau. 1905. Nr. 46.) U. beschreibt folgenden Fall, der als Analogon des Schiefhalses in einem anderen Muskelgebiete betrachtet werden kann.

Ein 12jähriger Knabe war bis auf eine vor 5 Jahren durchgemachte Skarlatina stets gesund. Vor 2 Jahren stellten sich ohne bekannte Ursache Schmerzen in der linken Schulter ein, welche in den Arm ausstrahlten, die Bewegungen im linken Schultergelenk wurden immer mühsamer und eingeschränkter, bis sie sich schließlich auf ein für den Gebrauch der Extremität ganz unzulängliches Ausmaß reduzierten. Fieber bestand niemals. Ein Jahr nach seiner Erkrankung wurde der Knabe in einem auswärtigen Spital operiert. Welcher Art die Operation war, konnte nicht eruiert werden; eine Besserung soll dadurch nicht erzielt worden sein.

Status praesens. Etwas schwächlicher Knabe, an den inneren Organen normaler Befund. Er hält den linken Arm an den Thorax adduziert, zieht die linke Schulter empor, wodurch eine noch stärkere Adduktion der Skapula gegen den Humerus ermöglicht wird als bei geradestehender Schulter; die rechte Hand hält den linken Arm beim Ellbogen unterstützt; jede Bewegung am Schultergelenk wird ängstlich vermieden. Der Arm ist stark proniert, so daß das Tuberculum majus nicht lateral, sondern nach vorn sieht. In der hinteren Achselfalte sieht und fühlt man einen derben harten Strang, der von der Skapula zum Humerus zieht. Diesen Strang entlang verläuft eine 8 cm lange Narbe (von der früheren Operation herrührend). Das Röntgenbild zeigt am Schultergelenk selbst keine abnormen Verhältnisse; zwischen dem Schatten der Skapula und des Humerus breitet sich ein sehr zarter, unscharf begrenzter Schattenstreifen aus; er geht bis nahe ans Gelenk; seine Breite beträgt ca. 4 cm. Bei Prüfung der Beweglichkeit findet man, daß Rotation, Abduktion und Adduktion im Schultergelenk völlig aufgehoben ist; beim Versuch dieser Bewegungen geht die Skapula mit. Elevation des Armes nach vorne ist in geringem Grad (10°) ausführbar. Jeder Bewegungsversuch verursacht heftige Schmerzen. Die Muskeln der Extremität zeigen eine geringe Inaktivitätsatrophie, Ellbogen und Handgelenk sind frei.

Bei der Operation, die dann ausgeführt wurde, fand man den M. subscapularis durch ein derbes, beim Einschneiden knirschendes Narbengewebe fast völlig substituiert.

Es handelte sich um eine sogenannte Myositis fibrosa. Da erst der Endausgang der Erkrankung zur Beobachtung gelangte, konnte ein Urteil über die Ätiologie, die hier überhaupt noch recht unklar ist, nicht gefällt werden. Grätzer.

A. Broca (Paris), Entzündete Schwiele der Hohlhand. Interdigitale Lymphangitis mit Ausbreitung auf den Handrücken. (Revue d'obst. et de paediatrie. Mai 1905.) Im Anschlusse an einen vorgestellten Fall, einen 14jährigen Knaben betreffend, bespricht B. die Symptome und die Behandlung dieser praktisch wichtigen Erkrankung. Die Hauptsymptome sind: Ödem und Schwellung auf dem Handrücken, hauptsächlich an einer interdigitalen Kommissur und an der Seite der ersten Phalanx eines Fingers. An der Hohlhand und am Hauptsitze der Entzündung, welche auf der Infektion des unter der Schwiele gelegenen serösen Beutels beruht, sieht man wenig oder gar nichts. Höchstens findet man eine gewisse Resistenz und besondere Schmerzhaftigkeit beim Versuche, den betreffenden Finger zu strecken, und der Druck auf den Metakarpuskopf, über welchem sich gewöhnlich die Schwiele befindet, ist schmerzhaft. Hier muß auch die Inzision gemacht werden, um den Eiter zu entleeren und die Affektion rasch zur Heilung zu bringen. Läßt man sich verleiten und an der am meisten geschwollenen und roten Stelle am Handrücken einzuschneiden, so kann der Eiter sich nicht vollständig entleeren, derselbe kann sich weiter gegen die Hohlhand ausbreiten und der Kranke eine schwere Schädigung seiner Hand davontragen. Das Ganze beruht auf einer Lymphangitis, die, von einer infizierten Fingerwunde ausgehend, sich bis in den unter der Schwiele gelegenen Schleimbeutel erstreckt und hier zur Bildung einer phlegmonösen Entzündung führt. E. Toff (Braila).

J. Hallé, Phlegmon gazeux développé au cours de la varicelle. (Archives de méd. des enf. Novembre 1905.) Das betreffende 4½jährige Mädchen war seit 3 Tagen an Varizellen erkrankt, als man eine starke Schwellung und Röte zwischen den Beinen, namentlich links, bemerkte. Es entwickelte sich eine bretthart Phlegmone, welche sich über das große linke Labium auf die linke Bauchhälfte bis zum Nabel und über die Gegend des linken Scarpaschen Dreiecks erstreckte. Die Temperatur stieg an, der Allgemeinzustand war ein sehr schlechter und verschlimmerte sich noch, als man eine kleine Inzision über dem ergriffenen Labium machte. Auch spätere Einschnitte hatten keine Besserung zur Folge, hingegen trat eine charakteristische Gangrän mit Krepitation in der Tiefe und an den Rändern auf, während der Allgemeinzustand sich immer mehr verschlimmerte, so daß man das tödliche Ende erwartete. Nachdem die Phlegmone bis in die linke Achselhöhle gedrungen war, wurde ein Rückschreiten des Prozesses beobachtet, die befallenen Teile stießen sich ab, die Granulation setzte rasch ein, und, nachdem vorübergehend auch ein Erysipel mit neuerlicher Temperatursteigerung aufgetreten war, konnte die kleine Patientin, nach 2½ monatiger Krankheitsdauer, geheilt entlassen werden. Die Behandlung hatte

in feuchten, dann trockenen Umschlägen und Drainierung durch tiefe Einschnitte der befallenen Teile bestanden.

Die bakteriologische Untersuchung und die vorgenommenen Kulturen ließen folgende Bakterienarten in den gangränös erkrankten Teilen nachweisen: 1. und 2. Den Bazillus funduliformis und den Baz. nebulosus, die von H. in der Vagina und den Abszessen der Bartholinischen Drüse nachgewiesen worden und dessen Rolle bei fötiden und gangränösen Eiterungen durch zahlreiche Beobachtungen auch von anderen Forschern bestätigt worden ist. 3. Den Diplococcus reniformis, den Cottet in Urinabszessen aufgefunden hat; derselbe ist dem Gonococcus ähnlich, doch ebenso wie die zwei vorhergehenden Arten, anaerober Natur. Endlich 4. einen anaeroben, dünnen, verzweigten Organismus, den man nicht weiter verfolgen konnte, da er in der zweiten Kultur abstarb.

Die Beobachtung dieses Falles ist aus mehrfachen Gründen interessant; einerseits ist es der erste Fall von Heilung gangränöser Varizellen, wobei man an stattgehabte schwere gangränöse Phlegmone und nicht an die oft vorkommenden Windpocken mit leicht gangränösen Erscheinungen der einzelnen Pusteln zu denken hat. Andererseits konnte eine genaue bakteriologische Untersuchung der steril entnommenen Sekrete vorgenommen werden und hierbei stellte es sich heraus, daß gasebildende Gangränen nicht nur infolge des Vibrio septicus von Pasteur, sondern auch infolge der obenerwähnten Mikroben zustande kommen können. E. Toff (Braila).

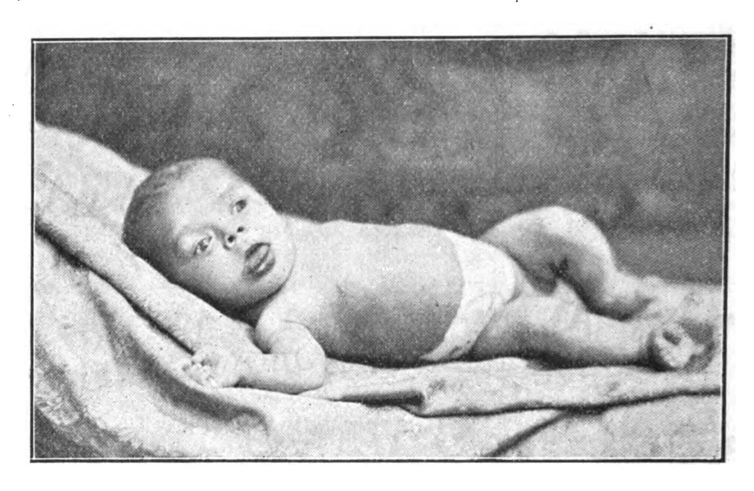
H. Rubritius, Die Behandlung akuter Entzündungen mit Stauungshyperämie. (Beitr. zur klin. Chir. Bd. 48. Heft 2. 1906.) R. berichtet über die in der Prager Klinik gemachten Erfahrungen mit Bierscher Stauungshyperämie. Er empfiehlt sie bei Panaritien, Phlegmonen, infizierten Wunden, Lymphangitiden, Abszessen und Furunkeln uneingeschränkt mit oder ohne kleinen Inzisionen. Er warnt jedoch vor der Anwendung bei bestehender septischer Allgemeininfektion. Zwei Kniegelenkseiterungen endeten letal, bei einer komplizierten Fraktur wurde die sekundäre Phlegmone durch Stauung verschlimmert. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

Ernö Deutsch, Von der Spiegelschrift. (Orvosi hetilap. 1905.) Verf. beleuchtet kritisch die ganze Literatur der Spiegelschrift und kommt auf das Endresultat, daß die Spiegelschrift Spiegel einer kranken Seele ist. Diese Ansicht stützt er mit seinen auf 295 Kindern basierenden Untersuchungen. Unter den 295 Untersuchten waren 200 Vollsinnige und 95 Taubstumme. Auf 200 vollsinnige Waisenknaben fallen 14, auf 95 taubstumme Zöglinge 19 mit Spiegelschrift Behaftete. Die Untersuchung wurde anf solche Weise durchgeführt, daß jeder Zögling auf dem Katheder, von den Genossen ungesehen, seinen Namen mit linker Hand auf einen Streifen Papier verzeichnete. Unter den 14 Waisenknaben besuchten 5 die III. Normalklasse, 5 die I. und 4 die III. Bürgerschulklasse. 4 lernten schlecht, 5 mäßig, 5 gut. 7 der Kinder waren überaus leicht erregbar, nervös, unfolgsam. 2 Zöglinge sind Onanisten, 2 nervös, 2 tuberkulös-hereditär belastet. Bei 10 Kindern fand D. Anämie, bei 3 lymphatischen Habitus,

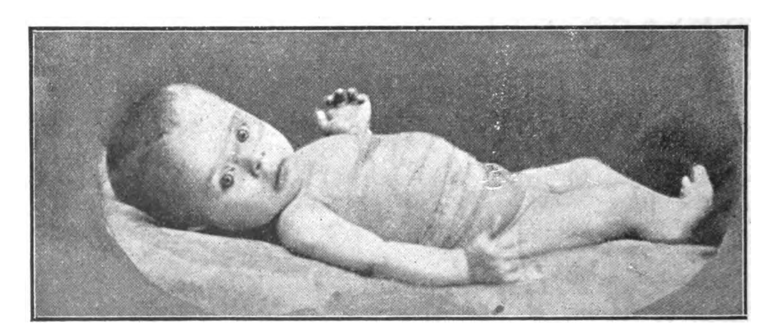
Weisz Miklós

bei 8 konnte er gesteigerte Reflexe hervorrufen, 4 litten an Migräne, Vegetationes adenoideae und Hypertrophia tonsillarum entdeckte er bei 2 Kindern. Unter den 19 Taubstummen waren 16, bei denen das Übel angeboren war, 5 waren hereditär belastet, 2 Idioten, nur 4 lernten gut, die anderen schlecht. Die Schriftproben sind beigegeben.
Autoreferat.

Ernö Deutsch, Fall von Cretinismus sporadicus mit Richterschen Thyreoidtabletten behandelt. (Orvosi hetilap. 1906.) Wie aus der Photographie ersichtlich, ist das 4 Monate alte



Kind ein typischer Kretin. Das zweite Bild zeigt den Säugling nach 3monatiger Behandlung mit Richterschen Thyreoidtabletten; das



Kind macht den Eindruck eines normalen Säuglings. Es wurden $^1/_2$—$1\,^1/_2$ Tabletten mit Unterbrechungen verabreicht. Unangenehme Unfälle zeigten sich nicht im Verlauf der Medikation. Autoreferat.

Jean N. Georgiadès (Athen), Behandlung der diffusen Phlegmonen bei Kindern. Umschläge mit Schwefeläther. (L'Orient médical. 1906. Nr. 1.) Das Prinzip diffuse Phlegmonen chirurgisch zu eröffnen, gibt nicht immer gute Resultate, vielmehr

sind, namentlich im Kindesalter, die Fälle nicht selten, wo der lokale Prozeß hierdurch nicht besser wird, das allgemeine Befinden stetig schlechter wird und schließlich das tödliche Ende erfolgt. Dies hat den Verf. veranlaßt die phlegmonösen Entzündungen nicht zu eröffnen, sondern mit Kompressen von Schwefeläther zu behandeln, und sind die hiermit erzielten Resultate gegenüber den mit der chirurgischen Methode erzielten um vieles besser. Von 9 Kindern mit diffusen Phlegmonen, welche operiert wurden, starben 6, während die übrigen eine sehr lange Rekonvaleszenz durchmachten; hingegen unter 27 Kindern, die mit Ätherumschlägen behandelt wurden, endete keines tödlich. Die betreffenden Umschläge werden derart ausgeführt, daß die erkrankte Gegend gewaschen, eventuell rasiert und desinfiziert wird und hierauf ein in Aether sulf. getauchtes Wattestück auf dieselbe gelegt, hierauf mit einer trockenen Watteschicht und einem Stück Wachsleinwand oder Guttaperchapapier bedeckt und das Ganze mit einer Binde befestigt wird. Kurze Zeit hierauf bemerkt man einen erheblichen Temperaturabfall, Nachlassen der Schmerzen, Verkleinerung des Tumors, Abblassen der Röte usw. bis zur vollständigen Heilung. Mitunter bleibt an Stelle des Abszesses eine seröse Flüssigkeit, welche nach 3—4 Tagen spontan resorbiert wird. E. Toff (Braila).

A. Broca (Paris), Les mammites dans l'enfance. (Revue prat. d'obst. et de paed. Janvier-Février 1905.) Entzündungen der Mamma werden bei Kindern nicht selten beobachtet, namentlich während der ersten Tage nach der Geburt und der Pubertät. In seltenen Fällen kommt es auch zur Entwicklung von Abszessen, in der Art jener während der Laktation auftretenden. In beiden Zeitabschnitten ist die Brustdrüse in einem Zustande erhöhter Entwicklung und verschiedene Reize können zu Entzündungen der Drüsensubstanz, der Lymphwege, der entsprechenden Achseldrüsen und, falls Infektionen dazwischen kommen, zu Vereiterungen führen. Bei einem $14^1/_2$ jährigen Mädchen, welches B. wegen letzterer Affektion zu behandeln Gelegenheit gehabt hatte, war infolge eines Stoßes zuerst eine Entzündung der Brustdrüse und im weiteren Verlaufe, infolge von unreinen Kratzwunden der Brustwarze, eine eitrige Mastitis aufgetreten, wegen welcher operativ eingegriffen wurde. In letzterer Beziehung empfiehlt B. aus kosmetischen Gründen den Einschnitt an der unteren Seite der Brustdrüse, in der Falte, vorzunehmen und so den Eiterherd indirekt vom gesunden Gewebe aus zu eröffnen und zu drainieren. E. Toff (Braila).

N. Bardescu (Bukarest), Die Bothriomykose beim Menschen. (Spitalul. 1905. Nr. 9.) Die Krankheit ist parasitärer Natur und wurde von Bolingher im Jahre 1870 unter dem Namen Kastrationsschwamm beschrieben, während die ersten Fälle beim Menschen erst im Jahre 1897 von Poucet und Dor in Frankreich, Faber und Teu Siethoff in Holland bekannt gemacht wurden.

Im allgemeinen wird die Krankheit selten beobachtet und ist eine sichere Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zu stellen. In dem von B. beobachteten Falle, einen 7 jährigen Knaben betreffend, der mit einer Nagelfeile in die Kuppe der dritten

linken Zehe gestochen wurde, entwickelte sich eine schmerzlose, etwa haselnußgroße, ulzerierte Geschwulst, welche operativ entfernt wurde und nicht mehr rezidivierte. Die Untersuchung derselben ergab einen elastischen, auf dem Durchschnitte weißen, keinen Saft gebenden Tumor, welcher mikroskopisch als zum großen Teile von embryonalem Bindegewebe gebildet erschien. In demselben fand man zahlreiche Herde, welche an die für Aktinomykose charakteristischen erinnerten, doch fehlten die Aktinomyzeshacken. In der zentralen, helleren, wenig gefärbten Zone waren zahlreiche, mit Gram stark gefärbte Staphylokokken, welche stellenweise wie Diplokokken aussahen. Die Kulturen ergaben einen gelblichen Staphylokokkus, welcher die Gelatine verflüssigte und einen dicken Satz auf den Boden der Proberöhre bildete. Inokulationen auf Kaninchen riefen meistens Eiterung hervor; bei einem der Versuchstiere bildete sich ein erbsengroßer Tumor, welcher mit der Zeit verschwand.

Möglicherweise handelt es sich in diesen Fällen um einen Staphylokokkus, welcher in seinen Eigenschaften durch verschiedene Umstände verändert worden ist und so zu einer charakteristischen Tumorenbildung führt. Die Geschwulst bleibt an der Impfstelle lokalisiert, stört nur durch ihre Größe, welche diejenige einer Nuß erreichen kann und bewirkt sonst kein Leiden. E. Toff (Braila).

N. Nestor und **St. Calu** (Bukarest), Staphylokokkenthrombophlebitis des Sinus cavernosus. (Spitalul. 1905. Nr. 17.) Die Schwere, tödlich endigende Erkrankung war von einem Hordeolum ausgegangen. Man konnte sowohl aus demselben, als auch aus dem retrobulbären Venenplexus, dem Sinus cavernosus, welcher auch Thrombenbildung darbot, und endlich auch aus mehreren eitrigen Lungeninfarkten, den Staphylococcus pyogenes aureus züchten. Die Symptome bei dem 10jährigen Knaben hatten folgenden Verlauf genommen: 7 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus war ein Gerstenkorn des linken oberen Augenlides erschienen, 5 Tage später war das Auge stark geschwellt und schmerzhaft, die Lider konnten nicht geöffnet werden und es bestand starke Chemosis. Unter Entwicklung meningitischer Symptome, traten ähnliche Erscheinungen auch am rechten Auge auf und nach weiteren 3 Tagen erfolgte der Tod.

E. Toff (Braila).

A. Filia (Rome), Quelques cas de sérothérapie antistreptococcique. (Archives de méd. des enf. 1905. Nr. 7.) Die klinischen Erfahrungen, welche mit dem Antistreptokokkenserum gemacht wurden, sind noch keineswegs als abgeschlossen zu betrachten, doch wenn auch die einen es enthusiastisch loben, so sprechen wieder die anderen demselben jedweden Wert ab. F. glaubt, daß die Verschiedenheit in der Pluralität der Streptokokkenarten liege, so daß nur ein solches Serum praktisch verwendbar wäre, welches von solchen Tieren stammen würde, die gegen verschiedene Streptokokkenarten immunisiert worden wären. Die an der Klinik von Concetti in sechs Fällen verschiedenartiger Streptokokkeninfektion bei Kindern mit dem vom Pasteurschen Institute bezogenen Marmorekschen Antistreptokokkenserum gemachten Erfahrungen sind keineswegs er-

muntern d, da drei tödlich endeten, während die anderen zwar eine Besserung darboten, doch trat dieselbe nicht unmittelbar im Anschluß an die Serumeinspritzung auf. Nichtsdestoweniger, da diese Sera unschädlich sind, könnte man dieselben neben den übrigen medikamentösen und chirurgischen Maßnahmen in Anwendung ziehen, mit der Hoffnung, daß es sich in dem gegebenen Falle um die betreffende Streptokokkenart handle und man also einen spezifischen Erfolg erzielen könnte. E. Toff (Braila).

v. Brunn (Tübingen), Über die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der v. Brunsschen Klinik. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 46. Heft 3.) In der Brunsschen Klinik hat sich die von Bier angegebene Stauungsbehandlung als sehr brauchbar zur Behandlung akuter Entzündungen des Zellgewebes erwiesen. Besonders günstig beeinflußt wurden Anfangsstadien sowie die schweren und progredienten Fälle, weniger beeinflußt wurden die Fälle, bei denen bereits eine Knochennekrose vorlag. Auffallend ist das relativ sehr häufige Auftreten von Erysipel, die Verf. auf Veränderung der Lymphspalten durch das Stauungsödem schiebt. Vulpius-Ottendorf (Heidelberg).

Eugen Fraenkel, Über Allgemeininfektionen durch den Bac. pyocyaneus. (Virchows Archiv. Bd. 183. Heft 3.) F. hatte Gelegenheit im Verlaufe von ca. 10 Jahren vier Fälle von Pyocyaneusinfektion zu untersuchen. An der Hand dieser Fälle und der relativ spärlichen, einwandfreien der Literatur entwirft er das klinische und pathol.-anat. Bild dieser Infektion. Es sind zwei Formen zu unterscheiden: 1. Eine exquisit chronische, die bisher erst einmal beobachtet wurde und eine ältere Frau betraf. Die Krankheit verlief unter dem Bilde eines chronischen Gelenkrheumatismus und hatte manche Ähnlichkeit mit chronischem Rotz. 2. Eine akute, meist Kinder — Säuglinge —, aber auch Erwachsene befallende. Meist handelt es sich um heruntergekommene, durch andere überstandene Krankheiten geschwächte Individuen, bei denen als charakteristischstes, aber nicht pathognomonisches Symptom Hämorrhagien, besonders der Haut, auftreten, die sich hier bei Fortdauer der Gewebsschädigung bald in hämorrhagische Blasen umwandeln. Dabei besteht sehr hohes unregelmäßiges Fieber; Erscheinungen von seiten der Lungen sind meist vorhanden. Meist besteht ein Milztumor. — Pathologisch-anatomisch am auffallendsten sind kleine infarktähnliche Herde in den Nieren, der Milz und Magenschleimhaut, die auf einer Verstopfung der zuführenden Gefäße oder deren Lymphbahnen durch enorme Mengen des Bazillus beruhen. Auch anatomisch ist der Befund nicht eindeutig; deshalb kann nur durch die bakteriologische Untersuchung der Organe, vor allem aber des Blutes, der positive Nachweis einer Pyocyaneusinfektion erbracht werden. Dieser ist aber beweisend, da postmortale Verunreinigungen des Blutes mit Pyocyaneus so selten sind, daß sie kaum in Betracht kommen. Bennecke (Jena).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.
(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 10. Mai 1906.

Drey stellt ein 7 jähriges Mädchen mit **Rachitis tarda** vor. Innerhalb 4 Monaten — solange dauert die Erkrankung — haben sich starke Verkrümmungen der Tibien und Epiphysenauftreibungen ausgebildet. Dabei bestanden starke Schmerzen beim Gehen.

D. hat im Verlaufe von 20 Jahren unter ca. 50000 rachitischen Kindern nur 5 Fälle von Rachitis tarda gesehen. In solchen Fällen kommt es zu besonders hochgradigen Deformitäten und vielfachen Infraktionen.

Die eigentliche Spätrachitis bezeichnet D. im Gegensatze zur ebengenannten Form als Rachitis adolescentium. An dieser erkrankten gesunde Kinder oder vollkommen ausgeheilte Rachitiker in späteren Lebensjahre unter typisch rachitischen Symptomen.

Kassowitz bemerkt in der Diskussion, daß er eine Anzahl von Fällen der zweiten Gruppe gesehen habe. Gewöhnlich waren es Mädchen zwischen 12 bis 15 Jahren. Auffällig war K. die rasch vorsichgehende Auftreibung der Epiphysen, sowie die intensiven Verkrümmungen die Tibia. Man findet auch meist starke Schmerzhaftigkeit der Handgelenke. K. zählt auch den schmerzhaften Plattfuß und das bei stehender Beschäftigung in der Pubertätszeit akut auftretende Genu valgum.

Lehndorff demonstriert einen Knaben mit etwas verlängertem und verdicktem Präputium als **kongenitale Elephantiasis des Präputiums.**

Friedjung betont, daß die Lymphgefäße der Genitalgegend eine besondere Disposition zu Stauungen haben, da man so häufig Ödeme ohne nachweisliche Ursache findet.

Knöpfelmacher führt die Häufigkeit der Ödeme bei Neugeborenen auf Stauung während der Geburt zurück.

Zappert meint im Sinne der Theorie Halbans, daß plazentare Einflüsse an der Tendenz zu Ödembildung bei Schwangeren und Neugeborenen Schuld seien, ähnlich wie die Sekretion der Brustdrüse bei Mutter und Kind gleichzeitig in Erscheinung trete.

Hochsinger demonstriert ein Kind mit **Morbus caeruleus** (kongenitalem Herzfehler).

Spieler zeigt das Präparat eines kongenitalen Vitiums: **Transposition der großen Gefäße** und **Cor biloculare simplex.**

Patient starb an Meningitis tuberculosa, was deswegen interessant erscheint, als dieser Fall beweist, daß Cyanose die tuberkulöse Infektion nicht ausschließt.

Zum Schluß sprach Dehne über Organisation und Erfolge der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“ in Wien.

Wie in früheren Referaten ausgeführt, verfolgt die Schutzstelle zwei Zwecke. Sie vereinigt die Tätigkeit der „consultations des nourissons“ und der „dispensaires“.

Gegenwärtig stehen 482 Kinder in der Obhut der Schutzstelle, etwa die Hälfte der Kinder sind Brustkinder, deren Mütter als Stillprämie 1 l Vollmilch oder 2 l Magermilch täglich zu eigenem Gebrauche erhalten.

Die künstlich ernährten Kinder erhalten die Milch trinkfertig in Fläschchen abgeteilt (Verdünnung 1 : 1, 1 : 2 oder Vollmilch). Im Laufe des vorigen Jahres wurden über 800 Kinder verpflegt. Szekely-Milch erhielten 61 Kinder mit durchschnittlich sehr gutem Erfolge. Auch die Ernährung mit Buttermilch ergab befriedigende Resultate.

Von 439 Brustkindern starben 6,7 %, von 430 Kuhmilchkindern 18,6 %.

Von großer Wichtigkeit erscheint das günstige Resultat der Zwiemilchernährung (Brust- und Kuhmilch). Die Mortalität beträgt nur 7,5 %, eine Zahl, die der Prozentzahl der Brustkinder sehr nahe kommt. Man soll daher, wenn die reine Brusternährung nicht durchführbar ist, wenigstens die gemischte Ernährung veranlassen.

Die Todesursachen waren im Monate April und November durch Erkrankungen der Respirationsorgane gegeben. Im Juli und August waren, wie überall,

die Darmkatarrhe im Vordergrunde. Bemerkenswert erscheint, daß von 27 Kindern, die an Darmkatarrh starben, nur ein einziges Brustkind und zwei Zwiemilchkinder waren.

Escherich bemerkt in der Diskussion, daß sich die Schutzstelle von den meisten anderen deutschen Organisationen dadurch unterscheidet, daß es sich nur mit gesunden Kindern beschäftigt. Die Tätigkeit der Schutzstelle bezweckt nicht Therapie, sondern Prophylaxe. B. Schick (Wien).

Rostocker Ärzteverein.

(Nach Münchn. med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 8. Juli 1905.

Brüning: **Buttermilch als Säuglingsnahrung.**

Der Vortr. gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Frage der Buttermilchernährung bei Säuglingen, weist hin auf die bereits ziemlich umfangreiche Literatur und auf die fast durchweg günstigen Resultate, welche mit der in Rede stehenden neuen Säuglingsnahrung erreicht worden sind. Er schildert dann in seinen weiteren Ausführungen die Herstellung der Buttermilchsuppe und bespricht die Indikationen ihrer Verabreichung, die außer beim allaitement mixte und bei der chronischen Dyspepsie vorzüglich bei der Atrophie der Säuglinge erfolgen soll. Im Anschluß hieran geht er noch auf die Versuche Rommels ein, durch Säuerung zentrifugierter Magermilch eine der Buttermilch entsprechende Nahrung zu erhalten, und schließt mit der Besprechung der neueren Buttermilchpräparate (holländische Säuglingsnahrung von Staudt & Co. in Vilbel und Biedert-Selters Buttermilchkonserve von Dr. Sauer in Zwingenberg), deren Anwendung er in geeigneten Fällen empfiehlt.

In der Debatte entspinnen sich Erklärungen und Widersprüche über den Begriff „Buttermilch", wie er für uns im Lande Mecklenburg praktisch aufzufassen ist. Schatz bezweifelt, ob sich unter hiesigen und jetzigen Verhältnissen die Buttermilch als allgemeines Kindernährmittel wird einführen lassen, vielleicht ist sie als reines Therapeutikum zu benutzen, dann aber auch ziemlich teuer.

Joseph empfiehlt wärmstens die Kinderernährung mit Ziegenmilch.

Schatz pflichtet dem bei, macht aber die große Einschränkung, daß die Ernährung der Ziegen dabei sehr genau beaufsichtigt werden müsse. Die Ziege sei fast ein Allesfresser und fresse vor allem viel, gerne und, ohne Schaden zu nehmen, Giftkräuter.

Kobert bestätigt aus seinen toxikologischen Versuchen, daß die Ziege mit Lust und ohne Schaden zu nehmen Goldregen, Herbstzeitlose und Tabakblätter vertilge, was natürlich alles in die Milch übergehe, ja selbst 90 Tropfen Ol. crotonis habe seine Ziege gefressen, ohne Durchfall zu bekommen.

Sitzung vom 9. September 1905.

Brüning demonstriert einen Fall von **Säuglingstuberkulose.** Das 9 Monate alte Kostkind war wegen mangelnder Pflege, ungenügender Gewichtszunahme und hauptsächlich, weil es an chronischen Magendarmstörungen litt, der Kinderklinik überwiesen worden. Die genauere Untersuchung des sehr schlecht genährten und entwickelten Kindes, dessen Gewicht nur 3500 g betrug, ergab jedoch u. a. eine intensive Dämpfung im Bereich des rechten Oberlappen mit Bronchialatmen und spärlichen trockenen Geräuschen in der rechten Achselhöhle. Die daraufhin gestellte Diagnose: Tuberculosis pulm. konnte durch den Nachweis spärlicher Tuberkelbazillen im vorgewürgten Trachealsekret gesichert werden. Gleichzeitig bestand bei dem Kinde ein Mastoiditis sin., die operativ behandelt worden war, aber absolut keine Tendenz zur Heilung aufwies. Über die Phthisiogenese ließ sich in diesem Falle nichts Bestimmtes eruieren. Der Fall beweist von neuem die oft gemachte Erfahrung, daß selbst ziemlich ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen der Lungen im Säuglingsalter Gefahr laufen, un-

erkannt zu bleiben, weil Verdauungsbeschwerden u. dgl. in den Vordergrund treten. Eine sorgfältige Untersuchung ist deshalb auch in solchen Fällen unter allen Umständen ratsam.

Peters bespricht seine weiteren Erfahrungen über die **Tränenschlauchatresie** bei Neugeborenen und hält daran fest, daß sie nach der Gonorrhoe die häufigste Quelle der Bindehauteiterungen bei Neugeborenen darstellt und noch vielfach verkannt wird. (Cf. Sitzungsber. der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde 1897.)

Sitzung am 10. Februar 1906.

Martius: **Über die Erfahrungen aus der jetzigen Diphtherieepidemie.**

M. hielt den angekündigten Vortrag über die klinischen Erfahrungen gelegentlich der herrschenden Diphterieepidemie. Die Bedeutung und der Umfang dieser in Rostock und Warnemünde herrschenden Epidemie ergibt sich aus folgenden Zahlen. Während im Jahre 1903 13 Diphtheriefälle mit einem Todesfall und im Jahre 1904 10 Erkrankungen mit 4 Todesfällen in der medizinischen Klinik zur Beobachtung kamen, ist der Vortr. in der Lage, jetzt über ein Material von 132 Fällen zu berichten, die alle auf das Jahr 1905, inkl. Januar 1906, entfallen und zwar der Hauptsache nach auf die Monate Oktober bis Januar. Unter diesen 132 Erkrankungen befanden sich 19 Todesfälle. Wichtiger noch als diese ganz plötzlich und unerwartete epidemische Ausbreitung der Seuche ist die Tatsache, daß mit der Weiterentwicklung derselben auch die Intensität der Erkrankungen in auffälliger Weise zunahm. Es kamen die schwersten Formen septischer Diphtheric zur Beobachtung, wie sie seit Jahren nicht mehr gesehen wurden. Besonders prägnant fand diese zunehmende Schwere der Erkrankung ihren Ausdruck in einer größeren Zahl (8) von Fällen mit plötzlichem Herztod, über die der Vortr. ausführlich berichtet. Bemerkt sei, daß nur solche Fälle als zur Epidemie gerechnet wurden, bei denen Löfflersche Bazillen sich nachweisen ließen. Die Behandlung war von vornherein eine streng spezifische. Wenn auch in einigen Fällen, in denen die Serumbehandlung zeitig genug und intensiv genug durchgeführt wurde, der tödliche Ausgang nicht sich abwenden ließ, so beweist das nach der Ansicht des Vortr. nicht etwa die Nutzlosigkeit der Serumtherapie an sich, sondern läßt nur den Schluß zu, daß es in der gegenwärtigen Epidemie einzelne Fälle von einer solchen toxischen Intensität gibt, daß diesen gegenüber auch die Serumbehandlung gelegentlich versagt.

Aus den Erfahrungen dieser Epidemie leitet der Vortr. folgende Folgerungen ab:

1. Muß die Seruminjektion so früh wie möglich und gleich in genügender Größe vorgenommen werden (bei kleinen Kindern mindestens 1000, bei größeren und Erwachsenen am besten gleich 2000 J. E.).

2. Es wäre verfehlt, im Vertrauen auf eine etwaige unfehlbare Wirkung der Serumtherapie und Prophylaxe die sonstigen hygienischen Maßregeln zur Bekämpfung der Diphtherie zu vernachlässigen.

Der Vortr. schließt mit einem lebhaften Apell an die Herren Kollegen, die beamteten Ärzte und die oberste Medizinalbehörde des Landes in diesem hygienischen und prophylaktischen Kampfe gegen die Seuche zu unterstützen.

In der Debatte berührte Peters die Frage der postdiphtherischen Lähmungen, Thierfelder die Mängel des Krankentransportwesens, Schatz und Müller die Bedeutung der Streptokokkeninfektion; Dugge und Pfeiffer berichten neben Statistischem über die bisher ergriffenen bzw. noch zu ergreifenden Maßregeln, Brüning über seine eigenen Erfahrungen mit dem Serum; W. Schwartz regt unentgeltliche Serumlieferung aus städtischen Mitteln an.

III. Neue Bücher.

Julius Moses. **Die Abartungen des kindlichen Phantasielebens.** Beitr. f. Kinderforschung und Heilerziehung. XVIII. 1906. Verlag von Beyer & Söhne. Langensalza.

Verf. beschäftigt sich mit der Phantasie normaler und geistig abnormer Kinder. Er führt aus, wie sowohl ein Übermaß als auch ein Mangel an Phantasie bei normalen Kindern die Gefahr der pathologischen Ausartung birgt. Die Phantasiearmut offenbart sich bei dem gesunden Kinde von normaler Intelligenz durch die Art, wie es sich beim Spielen verhält. Sie ist für die Entwicklung der künstlerischen und der wissenschaftlichen Fähigkeiten ein Hindernis. Die selbstschöpferische Kraft fehlt dem phantasiearmen Individuum. „Ein phantasiearmes Kind kann ein gutes Talent, nie aber ein Genie sein.“ Zwecks Hebung der Phantasie wähle man für das Kind Spielsachen, mit welchen es wirklich etwas anzufangen weiß, d. h. zu denen seine Phantasie ergänzend und kombinierend hinzutreten kann.

Phantasieübermaß führt zu Wach- oder Tagträumen, und zur Bevorzugung der Einsamkeit. Phantasiereiche Kinder soll man nicht der Einsamkeit überlassen, zumal letztere ihrerseits wieder die Entwicklung der Phantasietätigkeit begünstigt. Es können sich ferner aus zu sehr gesteigerter Phantasie pathologische Vorstellungsreihen, Größenideen und fixe Ideen entwickeln. In solchen Fällen ist die sorgfältigste Aufmerksamkeit des Erziehers nötig. Schließlich werden die Urteile und Handlungen des Individuums von den Phantasievorstellungen dauernd beeinflußt. „Bei dem minderwertigen Frühgenie erlischt das Strohfeuer der lodernden Phantasie bald, bei dem echten Genie wird das Phantasieleben die Quelle großer Taten, bei belasteten Individuen artet es nicht selten in psychopathische Zustände aus. Man sieht auch hier, wie nahe beieinander Genie und Wahnsinn entspringen.

Neuropathisch oder psychopathisch belastete Kinder sind besonderer Obhut bedürftig, da sie meist eine rege Phantasie haben. Dies gilt vornehmlich auch von den schüchternen Kindern, dieselben neigen in der Pubertät zur Onanie, später zu Beeinträchtigungsideen, Paranoia und Melancholie.

Eine große Rolle spielen die Veränderungen des Phantasielebens in dem Krankheitsbild der Manie sowie in demjenigen der Hypochondrie.

Die Dementia paranoides zeigt ungemein reichliche, abenteuerliche Phantastereien aus, die jedoch durch ihre Unsinnigkeit die geistige Schwäche verraten.

Steigerung und Anomalien des Phantasielebens zeigen sich häufig bei hysterischen Kindern sowie bei der Pseudologia phantastica.

In bezug auf die Bewachung des Phantasielebens fordert Verf., daß das Kind schon in seinen Spielneigungen und in seiner Spieltätigkeit sorgsam beobachtet wird, die Spiele sollen sich an objektive Sachen anknüpfen, man sorge für eine stundenplanartige Einteilung des Tages (mit vielen körperlichen Übungen, besonders gegen Abend, um schnelles Einschlafen herbeizuführen). Das Kind soll mit anderen Kindern zusammen spielen, nicht allein sein. Man überwache die Lektüre! Naturgeschichtsbücher sind zu empfehlen, ebenso Anlegen von Sammlungen. Onanistische Neigungen sind zu bekämpfen. Die erzieherische Behandlung sei individuell! Auf der einen Seite ist die übermäßige Phantasie einzuschränken, auf der anderen Seite die brach liegende zu erwecken.

Die geistreich geschriebene kleine Arbeit sei hiermit zur Lektüre empfohlen.

Kurt Mendel (Berlin).

A. Baginsky. **Säuglingskrankenpflege und Säuglingskrankheiten.** Verlag von F. Enke in Stuttgart.

Auf Grund der reichen Erfahrungen, die er im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhause in Berlin im Laufe langer Jahre zu sammeln Gelegenheit hatte, schrieb B. dieses Werk, welches der freudigsten Aufnahme seitens der Kollegen sicher ist. Nachdem der Verf. dem „Pflegerinnendienst und Säuglingskrankenpflege“ ein recht lehrreiches Kapitel gewidmet hat, beschäftigt er sich eingehend mit dem Thema der „Säuglingsnahrung“, das mustergültig bearbeitet ist. Auch der Abschnitt „Die Untersuchung kranker Säuglinge“ verdient eingehendes Studium; sehr klar und präzis werden hier die einzelnen Untersuchungsmethoden geschildert und viele Winke und Ratschläge gegeben. Nun werden die „wichtigsten speziellen Krankheitsformen“ besprochen, wobei die reichen Erfahrungen des Verf. zu voller Geltung kommen. Ein Anhang: „Das Säuglingskrankenhaus“ bildet den Schluß des 215 Seiten starken Werkes, das auch 44 Textabbildungen und eine farbige Tafel enthält. Das Buch ist als recht wertvolle Bereicherung der pädiatrischen Literatur anzusehen, sein Studium wird den Kollegen reichen Nutzen bringen.

Das im gleichen Verlage erscheinende Biedertsche Werk: „**Das Kind**" liegt nunmehr, nachdem auch Lieferung 4 und 5 die Presse verlassen, abgeschlossen da. Diese Schlußfolgerungen enthalten folgende Arbeiten: „Die Krankheiten des Auges und ihre Pflege im Kindesalter" von Dr. Quint, „Die Krankheiten des Ohres und der oberen Luftwege beim Kind und deren Pflege" von Dr. Kronenberg, „Geistige Pflege und Erziehung vor und während der Schulzeit" von E. Börlin, „Schulkrankheiten, ihre Verhütung und Pflege" von Dr. Rensburg, „Ausbau der Volksschulbildung; Fortbildungs- und Haushaltungsschulen" von Prof. Flegler und „Die Reife; Übergang zu Beruf und Ehe" von Dr. Rey. Diese Autoren haben ihre Themata in recht klarer Weise und ansprechender Form bearbeitet und sich im großen und ganzen auf die Darlegung dessen beschränkt, was der Laie wissen muß. Leider ist in den ersten Lieferungen manches enthalten, was darüber hinausgeht und besser fortgeblieben wäre. Abgesehen davon ist über das Werk nur Lobenswertes zu sagen, und seine Lektüre dürfte gebildeten Laien hohen Genuß bereiten und ihnen ersprießlichen Gewinn für das Leben schaffen. Grätzer.

IV. Monats-Chronik.

Von unserem Mitarbeiter, Dr. Ernö Deutsch (Budapest) erhalten wir folgenden **Ausweis des „Stephanie"-Kinderhospitals für das Jahr 1905.** 21 949 war die Zahl der im Hospital behandelten Kranken, 20390 unter ihnen ambulant versehen. 187 an Diphtherie erkrankte Kinder wurden serotherapeutisch behandelt, Mortalitätsprozent 12,83; 94 Fälle wurden intubiert mit einem Sterbeetat von 36,96 %. Es wurden für die 187 Kranke 694500 Antitoxineinheiten Diphtherieserum verwendet. Die Gesamtmortalität des liegenden Materiales war 9,49 %. Die Leitung der Anstalt oblag Prof. Johannes von Bókay, der auch die überaus gut besuchten klinischen Vorlesungen im Hospital abhält. Außer der internen Abteilung besitzt das Krankenhaus eine chirurgische, otiatrische und ophthalmologische. Für nervenkranke, orthopädische und laryngologische Krankheitsfälle sind Spezialambulanzen eingerichtet.

Berlin. Wie bereits vor längerer Zeit die Charité, erhöhen auch die städtischen Krankenhäuser vom 1. Juli ab die Kur- und Verpflegungskosten für Kinder von 2 Mk. auf 2,50 Mk.

Schöneberg. Am Säuglingsheim, Akazienstraße Nr. 7, sind unter Leitung des Chefarztes Dr. Lissauer Kurse zur Ausbildung von Säuglingspflegerinnen eröffnet.

Kiel. Am 30. Mai, dem Jahrestage des Todes des kleinen Prinzen Heinrich, des Sohnes des Prinzen Heinrich, wurde das unter der Direktion von Prof. Dr. v. Starck stehende Heinrich-Kinderhospital eröffnet. Prof. Dr. v. Starck erhielt den Kronenorden III. Klasse.

Stuttgart. Die Gründung eines Säuglingsheims ist geplant.

Dortmund. Ein Krankenhaus für Frauen und Kinder wird demnächst errichtet.

Dürrheim. Die Großherzogin von Baden hat dem vom Badischen Frauenverein gegründeten Kindersolbad 12000 Mk. überwiesen.

Padua. Dr. V. Tedeschi wurde zum a. o. Professor der Kinderheilkunde ernannt.

Der Redakteur dieses Blattes wohnt vom 1. Juli ab:

Friedenau-Berlin, Handjery-Str. 14.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Marburg), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. FRICKE (Göttingen), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau).

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XI. Jahrgang. | September 1906. | Nr. 9.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Fortsetzung des Inhaltes.

Fortsetzung des Inhaltes.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. September 1906. No. 9.

I. Originalbeiträge.

Aus der chir. Abteilung des K. J. Kinderspitals in Prag.
Vorstand Prof. Carl Bayer.

Zur Versorgung der Knochenhöhle nach der Nekrotomie.

Von

M. U. Dr. **Rudolf Thierfeld,**

derzeit prakt. Arzt und Kinderarzt in Warnsdorf.

Die Versorgung der Nekrotomiewunden, besonders bei großen Sequestern der langen Röhrenknochen, bei denen man genötigt ist, den erkrankten Knochen auf weite Strecken aufzumeißeln, stößt häufig auf große Schwierigkeiten und man hat in Rücksichtnahme auf eine möglichst rasche Restitution des Knochens und seines Defektes wie der Heilungsdauer der Wunde überhaupt zu den verschiedensten Verfahren gegriffen. Um Knochendefekte im allgemeinen zu decken, empfahl man zuerst die Autoplastik, indem man Periostknochenlappen mit breiter Ernährungsbrücke aus der Umgebung verwendete. Große Defekte, bei denen man aus der Umgebung sich Knochen nicht beschaffen konnte, wurden homoplastisch gefüllt, wozu man sich frischer kleiner Knochenstückchen sowohl von Menschen wie von Tieren (z. B. Kaninchen) bediente. Es wurde weiterhin zerkleinertes kalkhaltiges Knochenmaterial, Zelluloid „Fränkel", Jodoformstärke „Neuber", Kautschuk, Platiniridium zur Einheilung gebracht. Die letzten Versuche gingen dahin, den Knochen mit erhärtendem Material zu füllen (Gips, Zahnguttapercha, Jodoformknochenplombe usw.).

In unseren Nekrotomiefällen übten wir bis zum Jahre 1897 die Tamponade des aufgemeißelten, von Sequestern, Granulationen und Eiterherden gereinigten Knochen oder wir verschlossen die Wunde mit Nähten und ließen sie nach dem Vorgange v. Scheedes unter dem feuchten Blutschorf heilen. Dieses Verfahren haben wir seither zu Gunsten einer anderen Methode verlassen, über welche Herr Professor Bayer, angeregt durch eine Publikation v. Mangoldts, im Zentralblatte für Chirurgie berichtet hat und dessen weitere günstige Resultate eine nochmalige Publikation an der Hand einzelner Krankengeschichten berechtigt erscheinen lassen. Die Methode der Hauteinstülpung, wie sie an unserer Abteilung geübt wird, haben auch Esmarch und Riedel empfohlen und Neuber hat die eingestülpte Haut durch Naht oder Nagelung fixiert. König empfiehlt die von

Lücke und Bier geübte osteoplastische Nekrotomie, bei welcher speziell an der Tibia ein Hautknochenlappen gebildet, der wie ein Deckel auf die gereinigte Wundhöhle gelegt wird. Tillmanns implantierte Kaninchenknochen, frische Knochenstückchen vom Menschen mit Erfolg, Müller verwendete gestielte Hautperiostknochenlappen und Hahn brachte bei einem Defekt der Tibia ein Stück der Fibula zur Einheilung. An einer großen Zahl von Osteomyelitisfällen hat schließlich v. Mosetig Moorhof die bekannte Jodoformknochenplombe, ein Gemenge von Jodoform, Walrat und Sesamöl, zur Ausfüllung der Wundhöhle verwendet. Allen diesen Methoden ist das Prinzip gemeinsam, die durch die Resektion des Knochens geschaffene Höhle zu verkleinern. Die Plomben sind, wie v. Mosetig auch von seiner

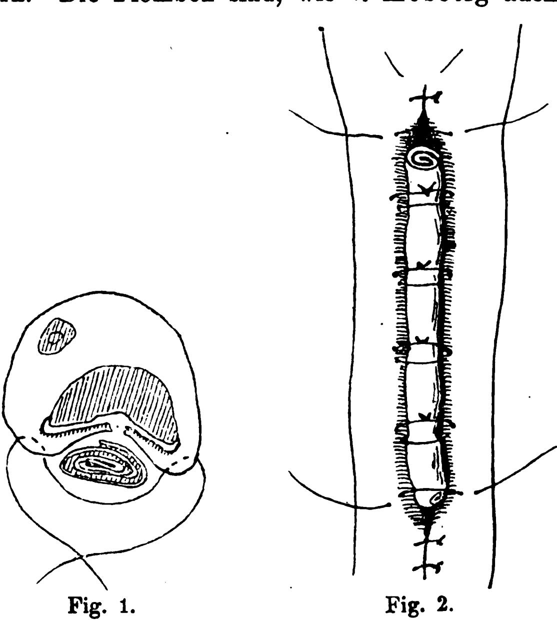


Fig. 1. Fig. 2.

Jodoformplombe sagt, nur temporäre Lückenbüßer, welche in erster Linie dazu berufen sind, den toten Raum wegzuschaffen, um später zum Teil resorbiert, zum Teil abgestoßen zu werden. Sie sollen weiter den eitrigen Zerfall der Granulationen und des Blutschorfs verhindern und was das Wichtigste ist, die Heilungsdauer abkürzen. Es ist ungemein schwierig, bei dem Material eine trockene und keimfreie Höhle herzustellen. Und so hatten wir in zwei Fällen, in denen wir die Jodoformknochenplombe angewendet hatten, keinen besonderen Erfolg. Gelegentlich einer Diskussion in der Gesellschaft der Ärzte in Wien im Herbste 1904 wurde von mehreren Chirurgen Wiens mitgeteilt, daß sie bei ihren Fällen, in denen sie die Jodoformknochenplombe anwendeten, keine so günstigen Resultate erzielten, wie v. Mosetig. Mangoldt behauptet, daß von Plombierungen und osteoplastischen Füllungen überhaupt nicht viel zu erhoffen sei, und schlägt neben der Thierschen Transplantation die Hauteinstülpung in Zungenform nach Neuber, oder in viereckiger Form vor. Letztere

Methode ist die technisch einfachste, und die günstigen Resultate, die wir mit derselben seit einer Reihe von Jahren erzielen, geben uns die Berechtigung, dieselbe bis auf weiteres beizubehalten.

Operationsverfahren an der Tibia: Nach gründlicher Desinfektion der Haut wird in entsprechender Länge inzidiert, die oberflächlichen Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernt und sodann das Periost vom Knochen losgelöst und zurückpräpariert. Hierauf wird die Tibia mit einem scharfen Hohlmeißel eröffnet, vorhandene Sequester entfernt, die Höhle vom Eiterherde und Granulationen befreit. Die Leisten und Buckel der Knochenlade werden geglättet und die emporstrebenden Knochenränder mit der Luer-Zange oder Meißel abgetragen, so daß die so behandelte Knochenfläche keine tiefe Rinne, sondern höchstens eine flache Mulde ohne überhängende Ränder darstellt. Der Weichteilschnitt wird nach aufwärts und abwärts verlängert, die Höhle mit 10 $^0/_0$ igem Jodoformglyzerin ausgefüllt und die beiden Hautlappen gegen die Mulde verschoben. Etwaige Fistelränder der Haut müssen abgetragen werden. Die beiden Hautperiostlappen werden schließlich unter einer zwei querfingerbreiten, der Länge der Wunde entsprechenden Jodoformgazerolle durch Nähte, die seitlich vom Hautrande ein- bzw. ausgestochen werden, in der Mulde festgehalten. Die beiden Figuren sollen die Nahtmethode veranschaulichen.

Fall 1. N., Anna, 11 Jahre alt, seit 1 $^1/_2$ Jahren Anschwellung des linken Unterschenkels, nach 1jährigem Krankenlager anderwärts operiert.

Status praesens: Linke Extremität 1 $^1/_2$ cm länger, Tibia bedeutend verdickt. An der Innenseite eine Fistel. An der Außenseite zwei Fisteln. Bei Sondierung stößt man auf keinen Sequester.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Operation am 13. Januar 1899. Nekrotomie und Versorgung nach Bayer, geheilt entlassen am 26. Mai 1900.

Fall 2. M., Josef, 10 Jahre alt. Seit 8 Tagen Schmerzen in der rechten Ferse, Anschwellung beider Unterschenkel, Unmöglichkeit zu gehen. Vor 5 Tagen auch Schmerzen im rechten Ellbogengelenk.

Status praesens: Die rechte untere Extremität bis zur Mitte des Oberschenkels geschwellt, die Haut gerötet, ödematös. Die linke Extremität geringer geschwellt. Über den beiden inneren Malleolen Fluktuation, ebenso an der Innenfläche des rechten Kniegelenks.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae et femoris, lateris utriusque.

Sequestrotomie in gleicher Weise am 10. April 1900, geheilt am 21. Juni 1900.

Fall 3. N., Alois, 14 Jahre alt. Seit 4 Monaten Schwellung des rechten Unterschenkels und des rechten Humerus.

Status praesens: Der rechte Unterschenkel im proximalen Drittel geschwellt, verdickt, daselbst eine 2 cm lange Fistel. Bei Sondierung gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen. Am rechten Oberarme im oberen Drittel eine Verdickung des Knochens.

Diagnose: Necrosis post osteomyelitidem tibiae textrae.

Operiert am 16. Juli 1900 nach Bayer, geheilt entlassen am 25. August 1900.

Fall 4. P., Wenzel, 14 Jahre alt, vor 2 $^1/_2$ Jahren Schwellung des linken Kniegelenks und Fistelbildung.

Status praesens: An der Außenseite des linken Oberschenkels zwei für eine bleistiftdicke Sonde passierbare Fisteln, bei deren Sondierung stößt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis femoris sin.

Sequestrotomie nach Bayer, am 20. November 1901, mit Verkürzung der kranken Extremität um 3 cm am 13. Januar 1902 geheilt entlassen.

Fall 5. H., Andreas, 6 Jahre alt, vor 7 Wochen plötzlich erkrankt mit Schwellung beider Unterschenkel, Inzision. Entleerung reichlichen Eiters.

Status praesens: Der linke Unterschenkel stark verdickt. Fluktuation daselbst. Fistel, Kniegelenk stark flektiert. Femur derselben Seite stark geschwellt. Aus einer Fistel entleert sich mißfarbiger Eiter. Rechter Unterschenkel bis zu seiner Mitte verdickt, an dessen Innenseite eine mit Granulationen bedeckte Fistel.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae utriusque.

Sequestrotomie am 17. Februar 1900. Entfernung eines 10 cm langen Sequesters der Tibia. Tamponade, 31. Mai nochmalige Sequestrotomie mit Einstülpungsnaht der Wunde, am 9. Juni geheilt entlassen.

Fall 6. N., Wenzel, 11 Jahre alt, Beginn der Erkrankung mit Schüttelfrost und Schwellung des linken Unterschenkels. Inzision.

Status praesens: Der linke Unterschenkel etwas geschwellt, das proximale Ende der Tibia verdickt. Inzisionsnarbe. Bis kreuzergroße leicht blutende Granulationen zwischen 2. und 3. Drittel der Tibia. Bei Sondierung der Fistel stößt man auf harten rauhen Knochen.

Diagnose: Necrosis post osteomyelitidem tibiae sinistrae.

Sequestrotomie mit typischer Einstülpung, am 20. Januar 1901 Entfernung eines Sequesters in der Epiphyse, am 26. Februar geheilt entlassen.

Fall 7. W., Marie, 9 Jahre alt, lag vom 16. Juni bis 23. Juni 1901 auf unserer Abteilung, woselbst am linken Unterschenkel eine Inzision gemacht wurde. Gegenwärtig im unteren Drittel der Narbe ein 3 cm langer, 1 cm breiter Substanzverlust mit drei Fistelöffnungen. Bei Sondierung gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sin.

Sequestrotomie 19. September 1901. Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Abmeißelung der verdickten Tibia. Spaltung eines Abszesses durch eine 5 cm lange Inzision und Auskratzung bis zur Kommunikation mit der aufgemeißelten Höhle. Jodoformglyzerin. Naht nach Bayer. Am 24. September fast geheilt entlassen.

Fall 8. P., Franz, 12 Jahre alt, vor einem Jahre ein Trauma erlitten. Schwellung des linken Unterschenkels und Bildung einer Fistel. Abgang nekrotischer Knochenstücke.

Status praesens: Der linke Unterschenkel in seiner Gänze geschwellt. Unterhalb der Patella ein bis auf den Knochen reichender Substanzverlust.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Sequestrotomie. Am 30. November 1899 Extraction eines Totalsequesters der Tibia von 10 cm Länge. Abflachung der hypertrophischen Lade. Naht nach Bayer. Am 18. Februar 1900 geheilt entlassen.

Fall 9. B., Johann, 12 Jahre alt. Die Erkrankung begann vor einem halben Jahre mit Schüttelfrost, Schwellung des linken Unterschenkels und späterer Fistelbildung.

Status praesens: Der linke Unterschenkel geschwellt, die Haut daselbst gerötet. An der Tibiakante, an der Innenfläche des unteren Drittels und oberhalb des Fußgelenks je eine Fistel. Bei Sondierung kommt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Operation am 21. August 1901. Aufmeißelung der Totenlade zu einer flachen Rinne. Extraktion eines ca. 1 cm langen und mehrerer kleiner Sequester. Reinigung der Fistelgänge und der Wundhöhle. Jodoformglyzerin. Naht nach Bayer. 20. Oktober geheilt entlassen.

Fall 10. L., Josef, 12 Jahre alt.

Status praesens: Die untere Hälfle des rechten Oberschenkels verdickt. Eine Handbreite über dem Knie eine Fistel, bei deren Sondierung man auf rauhen Knochen stößt.

Diagnose: Osteomyelitis femoris.

Operation am 18. April 1902. Entfernung des Sequesters nach Aufmeißelung des Knochens. Da der Knochen auf der gegenüberliegenden Seite perforiert ist, wird Gegeninzision gemacht. Naht und Drainage, Verband.

Fall 11. N., Wenzel, 10 Jahre alt, vor einem halben Jahre die linke untere Extremität im Bereiche des Fußes und Unterschenkels geschwollen, verdickt. Am Fußrücken eine granulierende Fistel.



Diagnose: Osteomyelitis tibiae et oss. ped. sinistri.

Operation nach Bayer am 23. Oktober 1902. Nähte, spätere Entfernung der Nähte und Drainage. Am 24. November geheilt entlassen.

Fall 12. A., Martin, 13 1/4 Jahre alt. Beginn von 4 Monaten mit Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit der rechten großen Zehe. Nach 8 Tagen Bildung einer Fistel, aus der sich Eiter entleert. Nach Verlauf weiterer 14 Tage Abstoßung erst eines und später mehrerer Knochenstückchen.

Status praesens: Der rechte Fußrücken stark geschwellt. Haut verfärbt; aus mehreren Fistelöffnungen entleert sich auf mäßigen Druck Eiter.

Diagnose: Osteomyelitis metatarsi I.

Operation am 4. Februar 1906, am 26. Februar geheilt entlassen.

Fall 13. E., Marie, 12 Jahre alt, vor 2 Monaten gefallen, darauf Fieber, Schwellung des linken Unterschenkels.

Status praesens: Der linke Unterschenkel zeigt mehrere Fisteln, aus denen sich reichlich Eiter entleert. Bei Sondierung gelangt man auf den beweglichen Sequester.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sinistrae.

Operation nach Bayer am 12. Mai 1903 mit fast vollständig geschlossener Wunde, entlassen am 16. Juni 1903.

Fall 14. D., Franz, 5 1/2 Jahre alt. Seit einem Jahr besteht die Erkrankung.

Status praesens: An der Außenseite des rechten Unterschenkels, der deutlich verdickt ist, mehrere secernierende Fisteln. Die Sondierung ergibt rauhen Knochen und Vorhandensein von Sequestern.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert am 8. Juni 1903, komplett geheilt entlassen am 11. Juli 1903.

Fall 15. S., Wenzel, 7 Jahre alt. Vor 2 Jahren Trauma erlitten, im Anschluß daran Fistelbildung.

Status praesens: An der Außenseite des linken Oberarmes im oberen Drittel eine granulierende, stark secernierende Fistel. In der Tiefe Sequester.

Diagnose: Osteomyelitis humeri.

Operiert nach Bayer am 11. August 1904, gebessert entlassen am 21. August 1904.

Fall 16. R., Anton, 12 1/2 Jahre alt. Wurde bereits einmal operiert.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sin.

Operation in gleicher Weise am 24. September 1904 mit fast geschlossener Wunde, entlassen am 6. Oktober 1904.

Fall 17. H., Rudolf, 9 Jahre alt. Im Anschluß an ein Trauma (Sprung vom Wagen) erkrankt. Beginn mit Anschwellung des rechten Unterschenkels. Eiterdurchbruch und Abgang von Sequestern.

Status praesens: Der rechte Unterschenkel stark aufgetrieben, an seiner Innenseite eine Fistelnarbe. Außen die Haut blau verfärbt.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 27. Januar 1904, geheilt entlassen am 2. Februar 1906.

Fall 18. H., Anna, 6 Jahre alt. Leiden seit einem Jahre bestehend. Abgang von kleinen Knochenstückchen.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae sin.

Operiert nach Bayer am 5. Dezember 1904, geheilt entlassen am 23. Januar 1905.

Fall 19. B., Josef, 9 Jahre alt. Das Leiden besteht seit einem Jahre.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 15. Juli 1904, geheilt entlassen am 9. September 1904.

Fall 20. H., Karl, 10 Jahre alt. Leiden besteht seit 4 Wochen, vor 8 Wochen einmal operiert.

Status praesens: Im oberen Drittel des linken Unterschenkels eine 3 cm lange Narbe, in derselben eine auf Druck Eiter entleerende Fistel.

Diagnose: Necrosis tibiae post osteomyelit.

Operiert nach Bayer am 3. Juni 1903, geheilt entlassen am 14. Juli 1903.

Fall 21. Z., Wenzel, 3 Jahre alt. Beginn der Erkrankung mit Schwellung des rechten Oberarmes. Inzision und Entleerung von reichlichem Eiter.

Status praesens: An der Außenseite des rechten Oberarmes eine stark sezernierende Fistel. Bei Sondierung gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis humeri dextri.

Operiert nach Bayer am 11. März 1904. Zur ambul. Weiterbehandlung entlassen am 16. März 1904.

Fall 22. R., Franz, 7 Jahre alt. Patient erlitt vor 2 Monaten einen Stoß gegen das Bein, worauf dasselbe anschwoll. Es wurde bereits 3 mal inzidiert.

Status praesens: In der Mitte der rechten Tibia eine Fistel, bei deren Sondierung man auf von Periost entblößten Knochen stößt.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 24. Oktober 1905, 3. Dezember geheilt entlassen. (Am 26. Oktober Entfernung der Naht wegen Retention.)

Fall 23. Z., Marie, 7 Jahre alt.

Status praesens: In der Mitte der linken Humerus eine Fistel. Mit der Sonde gelangt man auf rauhen beweglichen Knochen.

Diagnose: Osteomyelitis humeri.

Operiert nach Bayer am 29. Januar 1906, geheilt entlassen 14. Februar 1906.

Fall 24. H., Marie, 13 Jahre alt. Die Erkrankung begann vor 6 Jahren. Es wurde inzidiert. Die Fisteln schlossen sich nie ganz und öfter gingen Knochenstückchen ab.

Status praesens: Der rechte Unterschenkel in seiner Gänze verdickt, an seiner Vorderseite Narben und Fisteln.

Diagnose: Osteomyelitis tibiae dextrae.

Operiert nach Bayer am 17. April 1905, geheilt entlassen 27. Mai 1905.

Im vorangehenden ist bloß ein Teil der Erkrankungsfälle angeführt, bei denen wir die Nahtmethode mit Einstülpung der Haut in die Knochenhöhle verwendeten. Jedoch schon diese kleine Zahl beweist, daß man mit dieser Methode imstande ist, die Heilungsdauer beträchtlich abzukürzen. Das arithmetische Drittel aus der Zahl der Krankheitstage und der Zahl der Fälle beträgt 34. Es würde somit die durchschnittliche Heilungsdauer ca. 4 Wochen betragen, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Kinder nicht sogleich nach ihrer Genesung, sondern gewöhnlich erst ein paar Tage später nach Hause geholt werden. Von Zufällen bei dieser Operationsmethode wäre zu erwähnen, daß mitunter einzelne Nähte wenige Tage post operationem durchschneiden. Auch waren wir manchmal genötigt, wegen Sekretverhaltung die eine oder andere Sutur zu lüften, selten sämtliche Nähte zu entfernen und die Wunde zu drainieren.

II. Referate.

George Rose, Acute disease of the bone in children. (Royal Aberdeen Hospital for Sick Children.) (The Scottish Medical and Surgical Journal. Vol. 18. 1906. Nr. 4. S. 289—302.) Akute Periostitis, Osteomyelitis, akute Nekrose der Knochen und septische Arthritis sind als verschiedene Krankheiten betrachtet worden mit wenig oder gar keinen Beziehungen zueinander. In britischen Lehrbüchern ist die Periostitis, in denen des Kontinents die Osteomyelitis

als das Primäre angesehen worden. Wenn Osteomyelitis als die primäre Erkrankung bezeichnet ward, ließ sich nicht erklären, warum bei der Operation das Knochenmark oft gesund gefunden wurde, und wenn man die akute Periostitis für das Primäre hielt, so war nicht einzusehen, warum nicht einmal die Mitte des Knochenschaftes, sondern immer das Knochenende der zuerst affizierte Teil war. Akute Periostitis, Osteomyelitis, Nekrose, Arthritis septica sind am besten als Krankheitsarten zu bezeichnen, die aus einer primären Erkrankung hervorgehen, für welche Verf. den jetzigen Ausdruck „akute septische Diaphysitis“ am geeignetsten hält. Jenes sind nur verschiedene Bilder dieser Krankheit. Die zarte Wachstumsschicht an der Diaphysenseite des Epiphysenknorpels ist für Schädigungen leicht empfänglich, bildet dann einen Locus minoris resistentiae für im Blute zirkulierende Bakterien, die eine eitrige Entzündung hervorrufen. Von da aus sucht sich der Eiter einen Ausweg. Er kann durch die Epiphyse (akute Epiphysitis) oder längs der Oberfläche des Epiphysenknorpels ins Gelenk dringen und akute septische Arthritis hervorrufen (dies im Hüftgelenk, wo die Epiphyse intraartikulär liegt). Nach außen dringend, kann er sich unter das Periost begeben, erzeugt akute Periostitis und Knochennekrose, ohne daß bis dahin das Knochenmark affiziert zu sein braucht. Er kann von obiger Stelle aus gleich ins Knochenmark gehen und zu akuter Osteomyelitis führen, so daß oft das Knochenmark vereitert, Periost und Knochen aber noch gesund ist. Eine sichtliche Ursache für die Entstehung der Krankheit ist oft nicht zu erkennen. Oft findet man frische Wunden als Eingangspforte für die Bakterien mit Lymphangitis und Drüsenschwellung, oft erkrankte Tonsillen, schlechte Zähne, erkrankte Nasenschleimhaut. Als disponierendes Moment kommen schlechte hygienische Verhältnisse und geschwächter Körperzustand nach Masern, Scharlach, Windpocken in Betracht, für die Schwere der Infektion Virulenz und Art der Bakterien. Nach Infektion durch den Staphylococcus aureus erfolgte schon nach 40 Stunden der Tod. Der Staphylococcus pyogenes albus erzeugte mildere, weniger akute Formen der Krankheit. Die Schwere der Affektion hängt ferner ab von dem Umfang der Ossifikation von Epi- und Diaphyse. Meist erkranken Kinder um das dritte Lebensjahr. Als frühesten Fall erwähnt Verf. ein Kind von 3 Wochen (Ausgang von septischer Nabelwunde). Am meisten waren affiziert das obere und untere Ende des Femur, dann kam das untere Ende der Tibia, der Humerus war in $^1/_3$ der Fälle erkrankt. Zur Schwere der Affektion trägt ferner die Mitbeteiligung des Gelenks bei, die sich da findet, wo Gelenk und Epiphysenknorpel zueinander in Beziehung stehen. Daher die häufige Affektion des Hüftgelenks, wenn der Femurkopf Sitz der Erkrankung ist, daher die Nichtbeteiligung des Kniegelenks, wenn unteres Femur- und oberes Tibiaende erkrankt sind.

Schließlich betont Verf. die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnosenstellung, die bei Säuglingen oft sehr schwer ist. Schmerzen und Empfindlichkeit bei Druck am Ende eines langen Knochens verbunden mit krankhaften Allgemeinerscheinungen, machen es zur Pflicht, selbst wenn noch keine sichtliche Schwellung vorhanden, den Fall

schon als eine akute septische Diaphysitis anzusehen und sofort zu inzidieren. H. Greiner (Magdeburg).

H. Duclaux, L'ostéomyélite de la hanche; formes cliniques. (Thèse de Paris. 1905.) Die Krankheit kommt namentlich im Kindesalter vor, und zwar hauptsächlich während der zwei ersten Lebensjahre und vom achten bis zum zwölften Jahre. Manchmal ist nur das Darmbein, andermal nur der Schenkelknochen befallen, doch sind namentlich die Komplikationen von Wichtigkeit, wie eitrige Gelenkerkrankung, Ablösung der Epiphyse, Hüftluxationen u. a. Im weiteren Verlaufe kann es zu Ankylosierungen, Pseudarthrosen, Coxa vara, übermäßiger Verlängerung oder öfters Zurückbleiben im Wachstume der befallenen Extremität kommen. Die Osteomyelitis des Säuglingsalters tritt als schwere Erkrankung auf, verläuft rasch, doch bleiben nur geringe Verunstaltungen zurück, wenn sie in Heilung übergeht. Später ist der Verlauf kein so stürmischer, doch kommt es zu langwierigen Gelenkseiterungen und es bleiben bedeutende Difformitäten zurück. Im allgemeinen ist der Verlauf ein wechselnder, je nach der die Krankheit verursachenden Mikrobenart: die auf Streptokokkeninfektion beruhende Osteomyelitis ist viel schwerer, als die durch Staphylokokken oder Pneumokokken hervorgerufene.

Therapeutisch wird eine möglichst frühzeitige Eröffnung des Abszesses auf der Höhe der Schwellung, Eröffnung der Kapsel und für die meisten Fälle, Resektion des Femurkopfes empfohlen. Bei den chronischen, mit Fistelbildung einhergehenden Formen, ist mitunter die Desartikulation der Hüfte notwendig, um den Prozeß der Heilung zuführen zu können. E. Toff (Braila).

C. M. Wood, A case of Osteopsathyrosis; or Fragilitas Ossium. (Archives of Ped. Juni 1906.) Der 15jährige Junge ist jetzt vollständig gesund und außer den leichten Deformitäten an den unteren Extremitäten scheint er nichts Schlimmeres von den 23 Frakturen davongetragen zu haben. Patient erlitt die erste Fraktur, als er 2 Jahre alt war, seitdem erlitt er gewöhnlich zwei Knochenbrüche jährlich, der letzte Unfall geschah jedoch im Juli 1904. Die ersten Brüche waren fast gänzlich schmerzlos und verursachten kaum welche Unbequemlichkeiten. Die letzten zwei dagegen verursachten beträchtliche Schmerzen. H. B. Sheffield.

Lyklama a Nyeholt, Luxatio humeri subacromialis entstanden sub partu. (Ned. Tydschrift v. Geneesk. 1906. S. 185.) Diese Luxation ist bei Neugeborenen so selten, daß viele Autoren ihre Existenz bestreiten.

Auch Küstner, der dieser Luxation ein spezielles Studium widmete, bezweifelt ihr Bestehen und meint, daß es in den bis jetzt beschriebenen Fällen sich um Epiphysenlösung des Humerus gehandelt hat. Den zwei durch Lewis und Ollier bis jetzt als sicher erkannten Fällen kann L. den folgenden Fall hinzufügen:

Das Kind wurde in Schädellage geboren. Durch die Hebamme soll bei der Geburt an den Schultern kräftig gezogen worden sein. Unmittelbar nach der Geburt hing der linke Arm schlaff nieder.

Dieser wurde während der ersten 3 Wochen in Verband gelegt. Im Alter von 3 Monaten war der Arm nach innen rotiert und wurde nach vorn und innen gehalten.

L. sah den Jungen zum ersten Male im Alter von 12 Jahren. Der linke Arm, besonders der Oberarm, ist kürzer und dünner als der rechte. Starke Rotation nach innen, Haltung nach vorn und abduziert. Die ganze Schultergegend ist links weniger entwickelt als rechts. Das Caput humeri steht unter dem Akromion. In dem Schultergelenke ist wohl leichte passive, doch keine aktive Rotation möglich. Die aktiven Bewegungen des ganzen linken Armes sind beschränkt.

Aus dem Radiogramm ergibt sich, daß der Humerus ganz luxiert ist.

Die Ätiologie stellt sich L. so vor, daß während der Geburt ein Riß in der Hinterwand der Kapsel entstanden ist, durch welchen das Caput humeri entschlüpft ist. Dieser Riß hat sich dann geschlossen und ist mit dem Humerus verwachsen. Nachher erfolgte eine feste nicht beinige Verwachsung von Skapula und Humerus und in weiterer Folge sind die Muskeln verkürzt und atrophiert.

Was die Behandlung anbetrifft, so wurde, nachdem eine unblutige Reposition mißglückte, zu einer blutigen übergegangen.

Bei der Operation wurde eine extrakapsuläre Luxation gefunden. Die Reposition glückte erst nach teilweiser Resektion des Caput humeri.

Nach einer Nachbehandlung von einem Jahre wurde, was den Stand des Armes anbetrifft, ein gutes Resultat, was die Funktion anbetrifft, ein befriedigendes Resultat erzielt.

Graanboom (Amsterdam).

Paul Ewald, Zur Ätiologie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Zeitschr. f. Chir. Bd. 80. Heft 3—4. S. 366.) E. berichtet aus der Vulpiusschen Klinik über zwei Patienten, die gleichzeitig an angeborener Hüftverrenkung und Torticollis litten, und verficht im Anschluß an seine Beobachtung und die in der Literatur verzeichneten Fälle die Anschauung, daß es sich bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung in der größten Mehrzahl der Fälle um eine Belastungsdeformität handele. Es sprechen nach E. dafür die Fälle, die bei sonst durchaus normalem Körperbau neben der Luxatio coxae congenita eine zweite Anomalie (wie Torticollis, Pes varus, Genu recurvatum, Coxa vara) aufweisen. Doppelseitigkeit, Erblichkeit und das häufigere Vorkommen beim weiblichen Geschlecht sind nach seiner Ansicht keine Beweise gegen das Zustandekommen der Hüftluxation durch abnorme Belastung.

Joachimsthal.

Gustav Albert Wollenberg, Über die Kombination der angeborenen Hüftgelenksverrenkung mit anderen angeborenen Deformitäten. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 15. Heft 1. S. 118.) W. erörtert gleichfalls die Frage: Für welche Ätiologie der kongenitalen Hüftluxation sprechen die Fälle von Mißbildungen bzw. Erkrankungen, welche mit derselben kombiniert vorkommen? Es finden sich nach seiner Auffassung in genügender Anzahl Fälle, welche ihm

Konfiguration nach denkbar günstigen Verhältnissen für eine mechanische intrauterine Luxierung des Hüftgelenks darbieten, ohne daß es zur Luxation kommt. Dieses sowie der Umstand, daß bei weitem die meisten Hüftluxationen keine Spuren intrauteriner Belastung darbieten, spricht für die Ätiologie des primären Keimfehlers. Joachimsthal.

Denis G. Zesas, Über den angeborenen Hochstand des Schulterblattes. (Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 15. Heft 1. S. 1.) Z. stellt mit Einschluß einer eignen in der Hoffaschen Klinik gemachten Beobachtung 100 Fälle von angeborenem Hochstand des Schulterblattes zusammen. Das Maß der Verschiebung schwankte bei Kindern zwischen 2 und 6, bei Erwachsenen zwischen 3 und 12 cm. Die beobachteten Funktionsstörungen waren im allgemeinen unbedeutender Natur, die hochgradigsten derartigen Symptome bestanden in der Unmöglichkeit, den Arm über die Horizontale zu heben oder denselben horizontal seitwärts zu bewegen. Auch die Supination des Armes wurde zuweilen beeinträchtigt gefunden. Eine ziemlich gewöhnliche Nebenerscheinung des Schulterblatthochstandes war die skoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule. Eine Behandlung kommt selten in Frage, da der in Rede stehenden Mißbildung im allgemeinen nur die Bedeutung eines Schönheitsfehlers zukommt. Die operativ erzielten Resultate ermutigen im ganzen genommen auch zu keinem operativen Eingriff. Joachimsthal.

Rombach, Zwei Fälle von Mißbildung des Fußes mit Ulcera neuroparalytica infolge von Spina bifida occulta. (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 1232.) Der erste Fall betrifft einen jungen Mann, dessen Beschwerden sich erst im Alter von 9 Jahren entwickelten. Bei dem bis zu diesem Alter vollkommen normalen Knaben zeigte sich allmählich sich verschlimmernder Equino varus-Stand des Fußes mit Störung beim Gehen, Incontinentia alvi et urinae, atonisches Hautulcus am Rücken des Fußes und eine Hautfistel auf der Höhe der Tubercula ossis ilei. Am Kreuze war kein abnormer Haarwuchs, doch wohl eine narbenartige Einziehung der Haut, welche eine lipomartige Verdickung der Haut an dieser Stelle begrenzte. An demselben Ort fehlten die Processus spinosi und war ein Hiat im Lendenteil des Wirbelkanals fühlbar.

B. war der Meinung, daß in Casu die Verwachsung von Dura mater mit der Haut und mit dem Lipom Ursache der klinischen Erscheinungen war, und deshalb wurde zur Operation geschritten, welche in Exzision des Lipoms bestand. Bei der Operation zeigte sich, daß das Lipom durch die Haut und die gespaltenen Wirbelbogen hindurch mit der Dura mater verwachsen war.

Einige Monate nach der Operation waren Incontinentia alvi et urinae geheilt und die Kraft in den Beinen bedeutend gebessert.

Graanboom (Amsterdam).

E. Schwalbe u. M. Gredig, Entwicklungsstörungen in Kleinhirn, Pons, Medulla oblongata und Halsmark bei Spina bifida. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd, 17. Nr. 2.) S. und G. kündigen eine ausführliche Arbeit über die in der Überschrift ge-

nannten Entwicklungsstörungen bei Spina bifida an. Sie konnten vier übereinstimmende Fälle beobachten, wie sie in der Literatur bisher wenig beschrieben sind, und fordern zu einer Beachtung ihrer Befunde bei event. ähnlichen Fällen auf. Bennecke (Jena).

Guido Berghinz, Tumor des Rückenmarks bei einem Kinde mit Spina bifida. (Rivista di Clinica Pediatrica. VII. 1905.) Das 3jährige, mit Spina bifida geborene Kind hat linksseitigen Pes varo-equinus, rechtsseitigen Pes valgus. Die Regio dorsolumbalis ist lordotisch und an der Basis des Kreuzbeins konstatiert man eine eiförmige Vorwölbung; der Tumor zeigt mäßige Fluktuation. Es besteht absolute Incontinentia urinae et alvi; die Extensoren des Rumpfes und die vom Ischiadicus versorgten Muskeln sind paretisch. Der Tumor wurde operativ entfernt; das Kind starb 3 Monate später an Enteritis. Die Untersuchung des Tumors ließ vermuten, daß es sich um eine kongenitale Mißbildung handelte, bestehend in der Einschließung ektodermer Keime in das Rückenmark (Dermoidzyste?). F.

W. Chlumsky, Diabetes und Skoliose nach einem Trauma oder Blitzschlag. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 2.) Verf. beschreibt einen Fall bei einem 11jährigen Mädchen, woselbst nach einem Blitzschlag und wahrscheinlich nur durch denselben hervorgerufen, Diabetes und Skoliose aufgetreten sind. Beide Leiden zessierten nach ein paar Wochen ohne Hinterlassung irgend welcher Folgezustände, und ohne daß eine besondere Therapie sich als notwendig erwies.

Gabel (Lemberg).

W. Chlumsky, Die Mobilisierung der Wirbelsäule nach Klapp und die Gefahren dieser Behandlungsart. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 11.) Verf. warnt vor der Anwendung der von Klapp angegebenen Mobilisierungsart der skoliotischen Wirbelsäule.

Das Kriechen auf Vieren, wie es Klapp fordert, demobilisiert zwar die Wirbelsäule, jedoch verliert die letztere zugleich ihren Halt, wobei alle anderen die Skoliose bedingenden anatomischen Veränderungen unberücksichtigt gelassen werden.

In leichteren Fällen, wo bloß Nachlässigkeit im Spiele ist, kann man schon durch Hinlenken der Aufmerksamkeit auf die Art der Haltung zum Ziele gelangen, hier könnte diese Methode angewandt werden, obwohl auch ohne dieselbe eine bessere Haltung zu erzielen ist. Diese Mobilisierungsart berücksichtigt nicht tiefere Ursachen: außerordentliche Schwäche der Muskulatur, Weichheit der Knochen und viele andere grundlegende Momente. Verf. zitiert als Beweis dessen, daß mit der Mobilisierung allein nicht viel gemacht wird, einen allgemein bekannten „Schlangenmenschen“, dessen Wirbelsäule wie ein Gummirohr beweglich war und der keine aufrechte Haltung im gewöhnlichen Leben besitzt, sondern einen exquisiten Buckel mit abstehendem Schulterblatt.

Auch kann Ch. Fälle anführen, wo übermäßige Mobilmachung der Wirbelsäule direkt geschadet hat. Ein paar Fälle, welche derart behandelt wurden, zeigten zwar eine außergewöhnlich mobile Wirbelsäule; die Eltern haben jedoch erst im Laufe der Behandlung bei

den früher gerade sich haltenden Kindern eine schiefe Haltung beobachtet, welche sowohl die Eltern als auch die die Übung Leitenden der Nachlässigkeit zugeschrieben haben.

Inzwischen konstatierte Verf. eine tatsächliche Verkrümmung der Rippen, mit einem Buckel als Endeffekt der Behandlung. Nach diesen Erfahrungen warnt Verf. vor der Anwendung von Klapps Methoden und rät zur Anwendung der älteren und erprobteren Heilmittel.

Gabel (Lemberg).

A. Schanz, Über die Resultate des Skoliosenredressements. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 13.) S. zeigt in Wort und Bild, welche Resultate man mit dem Redressement erzielen kann, speziell welche Dauererfolge zu erreichen sind, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt werden, d. h. wenn die Nach- und Weiterbehandlung der Fälle in richtiger Weise und mit genügender Ausdauer geführt wird.

Grätzer.

O. Vulpius, Apparat und Operation in der orthopädischen Therapie. (Zentralblatt f. d. gesamte Therapie. 1905. Nr. 10.) V. gibt einen kurzen und klaren Überblick über das Thema und schließt mit den beherzigenswerten Worten:

„Nicht eine einzelne der beschriebenen Methoden kann jedesmal das beste Resultat zeitigen, ihre Kombination vielmehr — die Arthro- oder Tenodese des einen Gelenks, die Überpflanzung vielleicht im Bereich des anderen und daneben die möglichst beschränkte Verwendung eines portativen Apparats — eine solche Kombination ist es, die uns auch angesichts der schwersten Fälle von Kinderlähmung aus der pessimistischen Untätigkeit herauszutreten und die uns zu behaupten erlaubt, daß es heutzutage nur wenige solche Unglückliche gibt, denen wir keinerlei Hilfe angedeihen lassen können.

Was aber auf diesem Gebiete gilt, gilt überall in der orthopädischen Therapie: Nicht Apparat oder Operation darf unsere Losung sein. Die Beherrschung beider Methoden und ihre Verwertung am richtigen Ort, in richtiger Auswahl und in richtiger Kombination bedingt den Fortschritt der modernen orthopädischen Therapie, die nicht nur eine Verbesserung der Erfolge auf dem ursprünglichen Arbeitsgebiete, sondern auch eine ansehnliche Erweiterung des letzteren bedeutet.“

Grätzer.

C. Deutschländer (Hamburg), Über die Anwendung der Stauungshyperämie bei orthopädischen Operationen. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1906. Nr. 9.) D. hat seit einiger Zeit sowohl bei Frakturen im eigentlichen chirurgischen Sinne als auch speziell bei orthopädischen Knochentrennungen regelmäßig die Stauungshyperämie in Anwendung gezogen. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf 14 abgeschlossene orthopädische Osteotomien, die sich auf alle Regionen des Ober- und Unterschenkels verteilen und ausschließlich Kinder betreffen. Die Stauung wurde täglich 6—8 Stunden mit einer kurzen Unterbrechung in der Mittagszeit unterhalten und die Heilungsvorgänge gewöhnlich am 10., 20. und 27. Tage mit Röntgenstrahlen kontrolliert. In sämtlichen Fällen ließ sich zunächst eine

wesentliche Beschleunigung der Verknöcherung konstatieren, so daß die Immobilisation bedeutend eingeschränkt werden konnte, sodann wurde eine erhebliche Abkürzung der Nachbehandlung dadurch bewirkt, daß Rigiditäten und Versteifungen von Gelenken sowie Knochenatrophie kaum mehr vorkamen. Im Durchschnitt betrug sie jetzt nur 14 Tage, so daß insgesamt die Behandlung einer Osteotomie unter Zuhilfenahme der Stauungshyperämie 6 Wochen in Anspruch nahm. 28 Tage nach der Operation — nach 3 wöchentlicher Stauungsbehandlung von täglich 6—8 Stunden — wurde der Gipsverband entfernt und sofort mit vorsichtigen Stehübungen und Massage begonnen. Nach 2—3 Tagen konnten die Kinder sich bereits mit Hilfe von Stützen fortbewegen, und in der sechsten Woche waren sie soweit, daß sie ohne jedes Hilfsmittel sicher und beschwerdefrei gehen konnten.

Grätzer.

M. Haudek, Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes beim Neugeborenen und Säugling. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 12.) H. hat die Verfahren von Finck und v. Oettingen kombiniert und etwas modifiziert zur Anwendung gebracht: manuell durchgeführtes Redressement und Fixierung des Resultates durch einen redressierenden Verband. Die Behandlung kann — außer wenn das Kind besonders schwach ist — schon in den ersten Tagen nach der Geburt einsetzen und soll es, da eine möglichst frühzeitige radikale Beseitigung des Klumpfußes wünschenswert ist.

Die Redression erfolgt entweder auf einmal oder in einigen Etappen; letzteres ist als das schonendere Verfahren empfehlenswerter. Selbstverständlich müssen schon in der ersten Sitzung die hauptsächlichsten Hindernisse beseitigt und die Korrektur so weit getrieben werden, daß der Fuß wenigstens in eine leichte Adduktions- und Pronationsstellung gebracht werden kann. Die Korrektur führt H. mit Hilfe des modellierenden Redressements nach Lorenz aus. Bei demselben wird vorerst die Abduktion des Vorfußes behoben, wobei man besonders bei ganz kleinen Kindern zur Vermeidung von Malleolenbrüchen Sprunggelenk und Ferse fest umfassen muß. Um das Einreißen der Haut an der konkaven Seite möglichst zu vermeiden, wird die Haut dahin zusammengeschoben. Zur Beseitigung des Hohlfußes, der Inflexion, wird der vordere Abschnitt des Fußes gegen den hinteren aufgebogen; es wird hierbei der Vorderfuß kräftig in Dorsalflexion und Abduktion gedrängt, bis die Sohlenfläche konvex nach unten ausgebogen ist. Endlich wird die Korrektur der Spitzfußstellung ausgeführt, indem man den Fersenhöcker mit den Fingern umfaßt und die flache Hand auf die Sohlenfläche auflegt, um so den redressierenden, gegen den Unterschenkel gerichteten Druck besser wirken lassen zu können. In der durch das Redressement erzielten Korrekturstellung wird dann der Verband angelegt, der nun auch noch die Korrektur der Innenrotation des Unterschenkels besorgen soll. Dies geschieht dadurch, daß der Verband bei rechtwinklig abgebogenem Knie angelegt wird. Man bedarf zum Verbande einer 4—6 cm breiten und 2 m langen Barchent- oder Köperbinde, d. h. einer Binde aus einem auf einer Seite haarigen Stoff, sodann der Klebeflüssigkeit von folgender Zusammensetzung:

Terebinth. venet. 15,0
Kolophon. 28,0
Mastich. 12,0
Resin. alb. 8,0
Spirit. (90 %) 180,0
Äther 20,0
Filtra!

Diese Flüssigkeit wird mittels Borstenpinsels auf die Haut aufgetragen.

Aus den folgenden Schilderungen des Verfahrens führen wir folgende Bemerkungen an:

Der redressierte Fuß wird durch eine Hilfsperson in der korrigierten Stellung erhalten, indem diese mit der einen Hand den Oberschenkel in seinem oberen Drittel fixiert, das Kniegelenk rechtwinklig abbiegt und den an den Zehen gehaltenen Fuß in Pronation und Abduktion bringt. Es wird nun der Fuß auf seiner Dorsal- und Plantarseite mit der Klebeflüssigkeit bestrichen und die Binde, vom Außenrande des Fußes beginnend, über das Dorsum des Mittelfußes, über die Innenseite und die Sohlenfläche wieder nach dem Außenrande geführt. Die Binde haftet sofort fest und durch Zug an der Binde läßt sich der Fuß leicht noch mehr in die korrigierte Stellung drängen. Es wird nun die Außenseite des Unterschenkels und das untere Drittel des Oberschenkels an der äußeren und oberen Seite mit der Klebeflüssigkeit bestrichen. Die Binde wird hierauf außen am Unterschenkel bis an den Oberschenkel in die Höhe geführt, hier über die obere Fläche desselben nach der Innenfläche, dann nach hinten herum und das Knie an der Hinterseite kreuzend wieder nach der Außenseite des Unterschenkels geführt. Weiterhin läßt man nun die Bindentour schräg über die Vorderseite des Unterschenkels nach dem Innenrande des Fußes, und zwar möglichst weit nach vorn hin, so daß auch die große Zehe mit gefaßt wird, absteigen. Während man nun jetzt selbst den Fuß in möglichste Abduktion und Pronation drängt, wird die Binde unter kräftigem Zuge nach dem Außenrande des Fußes und den Kleinzehenrand gut stützend in der gleichen Weise wie die erste Tour nach dem Oberschenkel und spiralig wieder nach dem Innenrande des Fußes geführt; es folgt nun eine gleiche dritte Tour, die jedoch am Kleinzehenrande nicht so fest drücken soll. Durch einige leichte Zirkulärtouren um den Unterschenkel wird dann der Verband vollendet. In neuester Zeit habe ich die Bindentouren etwas modifiziert. Es erschien mir wünschenswert, auch die Supination der Ferse durch den Zug der Binde zu korrigieren, und ich führe deshalb nach der oben beschriebenen zweiten Tour die über den Unterschenkel absteigende Binde nicht nach der großen Zehe, sondern nach der Innenseite der Ferse hin; die Ferse wird unter kräftigem Zug mit der Binde gefaßt und nach außen, also in Pronation gedrängt. Die Binde wird dann weiterhin in gleicher Weise nach der Außenseite des Oberschenkels geführt und die vorhin beschriebene dritte Tour jetzt als vierte wieder nach dem Großzehenrand des vorderen Fußabschnittes hin ausgeführt und der Verband in der vorbeschriebenen Weise vollendet. Unmittelbar nach der Anlegung des Verbandes sind die Zehen weiß, doch erholen sie sich nach kurzer Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Stunde) wieder vollkommen. Zum Schutze vor Durch-

nässung wird noch eine Mullbinde in der gleichen Tourenfolge übergewickelt und eine Hülle aus Billrothbattist übergezogen. Der Verband muß nun von der Mutter in sorgfältigster Weise trocken gehalten werden, was am besten durch Anlegung einer Windelhose geschieht. Am nächsten Tage soll der Verband kontrolliert und am zweiten Tage abgenommen werden. Die Binden lassen sich ohne jeden Nachteil für die Haut ablösen. Am selben Tage oder besser noch am nächstfolgenden wird, nachdem die in Falten gelegte Haut etwas massiert und das Kind gebadet wurde, ein neuer Verband in der gleichen Weise angelegt. War die Redression beim ersten Male nicht vollständig durchgeführt, so wird sie in dieser, eventuell noch in folgenden Sitzungen zu Ende geführt. Der zweite und die folgenden Verbände können nun, wenn sie gut trocken gehalten werden, 3 bis 5 Tage liegen bleiben. Jedesmal wird eine Periode von 1—2 verbandfreien Tagen eingeschoben. Ist die Redression vollkommen erreicht, so kann der Verband längere Zeit, bis zu 3 Wochen, liegen bleiben, wenn er entsprechend rein gehalten wird. Es sind dann noch mehrere derartige Verbände mit jedesmaligen verbandfreien Intervallen nötig, so daß die Behandlung je nach der Schwere der Deformität 3—6 Monate in Anspruch nimmt. In der verbandfreien Zeit läßt man das Füßchen von der Mutter massieren und leichte redressierende Bewegungen ausführen. Ist die Redression vollkommen durchgeführt, so wird für die Nacht, eventuell noch für einige Stunden des Tages ein redressierender Gummizug angewendet. Derselbe wird in ähnlicher Weise wie der Bindenverband angelegt. Das Schnallenende der Binde wird auf die Dorsalseite des Oberschenkels mit der Schnalle nach außen aufgelegt und nun die Binde unter dem Oberschenkel durch nach außen spiralig über den Unterschenkel nach der Innenseite des Fußes, unter diesem nach der Kleinzehenseite und die fünfte Zehe stützend außen am Unterschenkel in die Höhe geführt. Das Riemchen am anderen Ende der elastischen Binde wird unter festem Anziehen der Binde in der Schnalle befestigt; dadurch wird der Fuß in exaktester Weise in vollkommen korrigierter, bzw. überkorrigierter Stellung erhalten.

Um das Abrutschen des Gummiriemens zu verhindern, wird ein Band unter der Kniekehle zwischen Knie und Gummibinde durchgeführt und unter dem Oberschenkel über der elastischen Binde gekreuzt; die beiden Schenkel des Bandes werden hierauf um den Oberschenkel herumgeführt und über demselben geknotet. Beginnen die Kinder zu gehen, so läßt man sie einen Schuh mit keilförmiger Einlage tragen; die Sohle soll an der Außenseite etwa $1\,^1/_2$—2 cm stark sein; dadurch wird der Fuß beim Auftreten in Pronation und Abduktion gedrängt. Der oben beschriebene Gummizug wird auch in jenen Fällen recht gute Dienste leisten, in denen die Finck-Öttingensche Behandlung nicht durchführbar ist und bei denen man sich mit der zu Hause geübten Redressionsbehandlung begnügen muß. Die Gummibinde ist auch ein recht guter Ersatz der vielfach angewendeten Schienen, die den Fuß in der korrigierten Stellung festhalten sollen. Die Behandlung mittels des Finck-Öttingenschen Verfahrens wird auch bei Kindern, die älter als 9 Monate sind, recht

gut durchgeführt werden können; da aber in diesem Alter die Reinhaltung der Kinder schon leichter möglich ist, so wird es in solchen Fällen, besonders wenn es sich um Patienten handelt, die nicht unter steter ärztlicher Kontrolle gehalten werden können, zweckmäßiger sein, das durch das Redressement erreichte Resultat in einem Gipsverbande zu fixieren. Die Korrektur der Deformität erfolgt in diesen Fällen mittels des modellierenden Redressements in Narkose und womöglich in einer Sitzung.

Es eignet sich das Finck-Öttingensche Verfahren, da die Klebeflüssigkeit die Haut absolut nicht irritiert, besonders auch für die Behandlung von Kindern, die eine empfindliche Haut haben, auch wenn dieselben schon etwas älter sind. Unter dem Gipsverbande kommt es in diesen Fällen sehr bald zu Ekzem, das dann die Fortführung der Besandlung unmöglich macht. Grätzer.

Pätzold (Königsberg), Zur Frage der Osteotomie des Genu valgum adolescentium. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) P. weist darauf hin, daß man bei der Korrektur des Genu valgum nicht, wie meistens üblich, die Osteotomie nur am Femur vornehmen soll, sondern daß nur das Verhalten der Kniegelenksspalte maßgebend sein soll, insofern als je nach der Lage der Verkrümmung durch Osteotomie an Femur oder Tibia, unter Umständen an beiden die normale wagerechte Lage der Kniegelenksspalte hergestellt werden muß, um nicht nur ein gerades, sondern auch ein gut funktionierdes Bein zu erzielen. In der Königsberger Klinik wird vor allen Methoden, Redressement, Osteoklasie und Osteotomie, immer der Durchtrennung des Knochens mit dem Meißel der Vorzug gegeben.

23 Krankengeschichten und eine Anzahl Röntgenbilder sprechen für die Richtigkeit des angegebenen Gesichtspunktes für die Wahl die Osteotomiestelle. Vulpius-Ottendorff.

C. Hübscher, Zur plastischen Achillotomie nach Bayer. Ein einfaches Tenotom. (Zeitschr. für orthopäd. Chir. Bd. 15. Heft 1. S. 86.) H. tritt mit aller Wärme für die Bayersche subkutane Verlängerung der Achillessehne ein, die er 81mal znr Ausführung gebracht hat. Die kleine Operation besteht bekanntlich in dem subkutanen seitlichen Einkerben der Sehne von zwei Stichöffnungen aus bis zur Mitte, ohne daß die Endpunkte der entgegengesetzten Halbschnitte durch eine Längswunde getrennt werden. Die Längstrennung erfolgt stumpf unter leichter Dorsalflexion des Fußes, und zwar so glatt, als ob sie mit dem besten Messer erfolgt wäre. Zur Ausführung benutzt H. ein Tenotom, das an dem einen Ende eine kleine Lanze zum Einstich in die Haut, am andern ein kleines gedecktes Tenotom trägt. Joachimsthal.

A. Lorenz, Die Indikationen zur Sehnenverpflanzung. (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 3.) **O. Vulpius,** Über die Indikationen zur Sehnenverpflanzung. (Wiener med. Wochenschrift. Nr. 11 u. 12.) L. warnt vor Mißbrauch der Sehnenüberpflanzung, wie er seiner Ansicht nach heutzutage herrscht. „Heute ist keine Sehne mehr vor einer Überpflanzung sicher, wenn ihr Muskelbauch auch nur einige Fäden kontraktiler Substanz auf-

zuweisen hat.“ Er spricht von „Transplantationsorgien“ und schließt seine Auseinandersetzungen mit folgenden Sätzen:

„Alles in allem, kann ich der Sehnentransplantation in der Therapie der paralytischen Kontrakturen durchaus nicht jene dominierende Rolle zuerkennen, welche ihr allgemein zugesprochen wird. Das gründliche modellierende Redressement der paralytischen Deformitäten vermag ganz gut selbst ohne jede Sehnenverpflanzung ihren Aufgaben am Fuße gerecht zu werden; von der Transplantation „allein“ kann man ein Gleiches nicht behaupten.

Hingegen kann das auf dem Wege des modellierenden Redressements vorgängig gewonnene Resultat durch eine Transplantation, welche dann in der Regel einen sehr einfachen Eingriff darstellt, ganz wesentlich verbessert werden.

Das modellierende Redressement schränkt die Sehnenverpflanzung ein, wird aber gleichzeitig durch diese Operation ergänzt und als Behandlungsmethode zur möglichen Vollendung gebracht. Auf der richtigen Verbindung von Redressement und Sehnenverpflanzung beruht das Geheimnis „jenes“ Erfolges, welcher für den Patienten mit den geringsten Opfern an Zeit und Krankenlager verbunden ist.

Ganz anders aber liegen die Verhältnisse an der von Lähmung betroffenen Hand. Hier tritt das modellierende Redressement gegenüber der Sehnenverpflanzung vollkommen in den Hintergrund. Hier beherrscht die Transplantation fast allein das Feld, und es gebührt ihr die breiteste Indikationsstellung.

Auf dieses interessante Kapitel einzugehen, muß ich mir augenblicklich versagen. Hier winkt der orthopädischen Chirurgie ein zwar schwieriges, aber herrliches Arbeitsterrain, auf welchem auch der kleinste Erfolg für den Patienten hundertfachen Wert besitzt. Hieraus erwächst uns die Pflicht, diesem neuen Arbeitsfelde unsere volle Aufmerksamkeit zu widmen.“

In sehr geschickter Weise wehrt V. diese Angriffe ab, sich dabei auf seine reichen Erfahrungen stützend. Er zeigt, daß die früheren eigenen praktischen Versuche von L. keineswegs maßgebend für die Beurteilung der Sehnenverpflanzung sein können, und daß L. auch theoretisch von falschen Voraussetzungen ausgeht. Er weist dem Gegner Punkt für Punkt seine Fehler nach und zeigt, welch umfassendes Indikationsgebiet die Sehnenverpflanzung heutzutage hat und wie sehr L. Unrecht tut, diese segensreiche Operation auf ein so kleines Gebiet einzuschränken und ihm eine so untergeordnete Rolle anzuweisen. Er hofft, daß L. sehr bald seine vorgefaßte Meinung aufgeben und ebenfalls ein warmer Freund der Sehnentransplantation werden wird.

Grätzer.

H. Döring, Die Behandlung des Caput obstipum. (Aus der Chirurg. Klinik der Univers. Göttingen.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.) D. geht kurz auf die üblichen Behandlungsmethoden des Caput obstipum ein und fährt dann fort:

„Welche von diesen zahlreichen Methoden sollen wir nun anwenden? Doch wohl diejenige, die bei kleinstem, leicht ausführbarem Eingriff gute und dauernde Resultate gibt. Als eine solche müssen

wir nach den Erfahrungen der Göttinger Klinik, die sich auf einen Zeitraum von über 10 Jahren erstrecken und 35 Fälle von kongenitalem Schiefhals umfassen, durchaus die offene, einfache Tenotomie des Kopfnickers ansehen. Sie gilt uns als das Normalverfahren für leichte und schwere Fälle. Den kleinen, wenige Zentimeter langen, nach unten leicht konvexen Hautschnitt legen wir etwa einen Querfinger breit oberhalb der sternalen und klavikularen Ansatzstelle des Muskels an, präparieren dann den Hautlappen etwas nach oben zurück und durchschneiden bei leichter Neigung des Kopfes nach der gesunden Seite hin schichtweise die sich anspannenden Muskelpartien unter immer stärkerer Anspannung der Muskulatur. Besonderes Gewicht wird darauf gelegt, lateral vom Muskel gelegene, öfters ebenfalls verkürzte Partien des Platysma, der Halsfascie oder gelegentlich auch des Trapezius durch die Biegung des Kopfes zu dehnen oder, falls ein genügendes Nachgeben nicht erreicht werden kann, diese sich anspannenden Fasern ebenfalls zu durchtrennen. Die kleine Wunde wird nach genauer Blutstillung meist ohne Einlegung eines Drains genäht, wobei, entsprechend der Anlage des Hautschnittes, die Muskelwunde einige Zentimeter höher liegt als die Nahtstelle der Haut. Alsdann wird unter leichter Neigung des Kopfes nach der gesunden Seite ein fixierender Verband mit Stärkebinden angelegt. Nach Heilung der Wunde erfolgt sofort die Anfertigung einer Zelluloidkrawatte, die Schultern, Kinn und Hinterhaupt bis zur Mitte umfaßt. Letztere muß etwa $^1/_2$ Jahr lang getragen werden. Bei der Nachbehandlung haben wir Massage oder orthopädische Übungen, kombiniert mit Extension des Halses, angewendet, von einem energischen Redressement der Halswirbelsäule intra operationem jedoch, wie es Lorenz empfiehlt, abgesehen. Die dabei gelegentlich beobachteten schweren Zufälle — Reiner und Föderl berichten darüber und wollen ihr Auftreten durch Kompression der Carotis und Zerrung der Nerven erklären — haben uns davon abgehalten."

Mit den Erfolgen konnte man zufrieden sein; bei 32 Fällen wurde der Zweck der Operation vollkommen und dauernd erreicht. Grätzer.

Hildebrandt, Über eine neue Methode der Muskeltransplantation. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. Heft 1. S. 75.) Bei dem 4jährigen Kinde, über das H. berichtet, war $^3/_4$ Jahre vor dem Eintritt in die chirurgische Klinik der Charité plötzlich eine Lähmung der linken Schulter eingetreten. Es ergab sich, daß eine vollständige Funktionsunfähigkeit der Musculi sternocleidomastoideus, cucullaris (N. accessorius), serratus anticus major (N. thoracicus longus), infraspinatus (N. suprascapularis), deltoideus und teres minor (N. axillaris) zurückgeblieben war. Jede Erhebung des Armes war ausgeschlossen. Infolge des Schwundes der Kapselspanner bestand ein Schlottergelenk, welches so bedeutend war, daß man bequem zwei Finger hineinlegen konnte. Der Arm hing schlaff, einwärts rotiert und adduziert am Körper herab; im Schultergelenk waren nur Schleuderbewegungen möglich. Um Ersatz für den gelähmten Heber des Armes, den Deltoideus, zu schaffen und das Schlottergelenk zu beseitigen, benutzte H. mit Erfolg den noch funktionierenden Pectoralis major. Man

durchtrennte die Haut durch einen Schnitt, welcher vom Ansatz der vierten Rippe ab am linken Sternalrande entlang senkrecht nach oben bis zur Articulatio sternoclavicularis verlief, daselbst rechtwinklig abbog und dicht oberhalb des Schlüsselbeins bis zum Akromion, von da aus über die Schulterhöhe bis fast zum Ansatze des Deltoideus reichte. Somit wurde ein großer Hautlappen umschnitten, dessen Basis nach unten gelegen war. Dieser wurde soweit zurückpräpariert, daß fast der ganze Pectoralis maj. und Deltoideus freilag. Dann wurde der sternoclaviculare Ursprung des großen Brustmuskels hart am Knochen durchtrennt und von der Thoraxwandung vollständig abgelöst. Hierbei kam man an die unter dem Schlüsselbein hervortretenden, von oben in den Muskel hineinlaufenden Nervi thoracici anteriores, welche, ebenso wie die großen Gefäße, sorgfältig geschont wurden. Jetzt hing der Pectoralis major nur noch mit seinen unteren Fasern am Brustkorbe; auch diese wurden durchschnitten, Es ließ sich sein Ansatz nunmehr unschwer über denjenigen des gelähmten Deltoideus verlegen, indem er eine Drehung von 80° erfuhr. Er wurde an das laterale Drittel der Clavicula und des Akromion durch derbe Katgutnähte fixiert, nachdem eine Rinne in den weichen Knochen geschnitten war. So zogen also die Fasern des Pectoralis major von oben, vom Akromion und dem akromialen Teile der Clavicula her direkt über die Schulterhöhe nach der Crista tuberculi majoris humeri, mußten also im Sinne der Hebung und Adduktion des Oberarms wirken. Über den Muskel wurde die Haut vollständig durch Seidennähte vereinigt. Der Humerus wurde fest in die Pfanne gestellt und der Verband bei horizontal gelagertem Oberarm angelegt, um den Pectoralis zu entlasten. Der Erfolg des Eingriffes entsprach den Erwartungen. Die Wunde heilte per primam; der transplantierte Muskel übte seine Funktion in der gewünschten Weise aus. Bei der Entlassung 6 Wochen nach der Operation bestand kein Schlottergelenk mehr, die kleine Patientin konnte den Arm nach vorn bis beinahe zur Horizontalen erheben. Auch die elektrische Untersuchung zeigte, daß sich der überpflanzte Pectoralis prompt vom Nerven sowie vom Muskel her erregen ließ. **Joachimsthal** (Berlin).

Bunge (Königsberg), Zur Technik der Erzielung tragfähiger Diaphysenstümpfe ohne Osteoplastik. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) Verf. bespricht zunächst die von Bier angegebenen Methoden der osteoplastischen Amputation und die von Hirsch empfohlene Art der Nachbehandlung zur Erzielung tragfähiger Diaphysenstümpfe. Er kommt zu dem Schlusse, daß die von Periost und Mark ausgehenden Knochenneubildungen die Ursache der Schmerzhaftigkeit seien, und daß die von Bier und Hirsch stammenden Verfahren deswegen gute Resultate erzielen, weil in dem ersteren Falle das Auftreten solcher Wucherungen verhindert, im anderen Falle durch die Nachbehandlung die Weichteile widerstandsfähig gemacht bzw. die Exostosen zum Verschwinden gebracht werden können. B. schlägt deshalb vor, den Knochenstumpf auf einige Millimeter von Periost und Mark zu entblößen, ein Verfahren, welches ihn in 12 Fällen von Unterschenkelamputation und

etwa der doppelten Anzahl von Oberschenkelabsetzungen gute Resultate erzielen ließ.
Vulpius-Ottendorff.

A. M. Vargas, Zur Pathologie des Malum Pottii. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde. April 1906.) V. führt die Photographien der Wirbelsäule eines 13jährigen Mädchens vor, das an Tuberkulose starb. Bei der Autopsie und bei der Präparation der Wirbelsäule zeigten sich Einzelheiten, die für das Verständnis der Knochenpathologie der Wirbelsäulentuberkulose von Bedeutung sind.

V. bespricht den pathologischen Befund und dann folgende Punkte:

1. Die starke Ausbreitung der Karies;
2. die Eintrittsstellen der Karies in die Wirbelkörper, die Gelenkflächen, die Wirbelbogen, die Gelenk-, Quer- und Darmfortsätze;
3. die Dimensionen des Wirbelkanals und Läsionen des Rückenmarks;
4. die stark ausgesprochene Ankylose der Wirbelsäule;
5. die heilende Knochenneubildung, welche in diesem Falle vollständig fehlte.

V. kommt hier zu dem Resumee, daß im Heilungsprozeß bei Pottscher Krankheit drei Mechanismen angenommen werden können: 1. die Verschmelzung der in Berührung kommenden Körper; es bildet sich ein intermediärer Callus und zuletzt die Verknöcherung; 2. wenn die Oberflächen getrennt sind, verhindern die zu geringe Lebensfähigkeit des tuberkulösen Gewebes, der Eiter und die Fungi die kleinen Ansätze, sich zu verknöchern; aber es kann sich durch Einwirkung des Periosts ein fibröses Gewebe bilden, das nach Ablauf langer Zeit verknöchert; 3. Bildung von Knochennarben oder Bändern, die als Brücken oder Kämme dienen. In der Wirbelsäule, die V. beschreibt, sieht man kein Anzeichen von Knochenregeneration, noch von Verschmelzung durch Kontakt, noch auch fibröse Bloques, noch auch Knochensäulchen; es fehlt nicht nur jedes Anzeichen der Regeneration, sondern es ist nicht einmal ein Knochenknoten oder -knötchen in der ganzen ausgedehnten kariösen Oberfläche zu sehen. Es ist eine Demonstration der schwachen Vitalität der Knochengewebe in der Pottschen Krankheit.
Grätzer.

Stich (Königsberg), Über Veränderungen am Fußskelett nach Talusexstirpation. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) Nachuntersuchung von vier Patienten jugendlichen Alters, bei denen wegen Karies die Exstirpation des Talus vorgenommen war, ergab, daß die benachbarten knöchernen Bestandteile des Fußes, speziell des Calcaneus, ein vermehrtes Wachstum zeigten, so daß dies Größerwerden in Verbindung mit einer steileren Stellung des Fersenbeins die durch die Operation gesetzte Verkürzung zum Teil wieder ausglich. Verf. führt diesen Vorgang auf den mechanischen Reiz durch die Erschütterung beim Gehen zurück und weist darauf hin, daß man unter solchen Verhältnissen die verstümmelnde Operation der Talusexstirpation nicht so sehr zu scheuen brauche.
Vulpius-Ottendorff.

Gümbel, Beitrag zur Histologie des Callus. (Virchows Archiv. Bd. 183. Heft 3.) G. hatte Gelegenheit die Callusbildung an

Knochen, die von Kindern und Hunden, denen zu anderen Zwecken die sensiblen Wurzeln der unteren Lumbal- und oberen Sacralsegmente durchschnitten waren, stammten, zu untersuchen. Er fand, daß die metaplastische Knochenbildung dabei eine große Rolle spielt, und zwar ist sie abhängig von der Gefäßversorgung. Bei ungenügender Vaskularisation bilden sich sowohl im periostalen wie im Markkallus metaplastisch Knochen. Dagegen tritt die Ossifikation nach endochondralem Typus ein, sowie die Gefäßversorgung eine genügende wird, so daß den Ernährungsverhältnissen für die Art der Knochenbildung ein großes Gewicht beizulegen ist. Die Nervendurchschneidung scheint die Bildung von Fasermark im Markkallus zu begünstigen.

Bennecke (Jena).

E. Böcher (Däne), Fall von angeborenem Riesenwuchs. (Hospitalstidende. 1906. Nr. 13.) Angeborene kolossale Vergrößerung der rechten Hüfte und Unterextremität, abwärts zunehmend und in den drei medialen Zehen kulminierend. Eine gute Photographie und Röntgenbilder beleuchten die Deformität.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. Hofmann, Zur Pathologie des angeborenen partiellen Riesenwuchses. (Beitr. z. klin. Chir. 1906. Bd. 48. Heft 2.) H. beschreibt einen 12jährigen Knaben, dessen erste bis dritte rechte Zehe mit den dazugehörigen Metatarsalknochen von Geburt an hypertrophiert waren. Nach den histologischen Untersuchungen der exartikulierten Zehen nehmen an dem exzessiven Wachstum alle Gewebe Teil, besonders aber die Knochen, wobei es sich bei diesen um eine bedeutend vermehrte endochondrale und periostale Ossifikation mit gleichzeitigem Auftreten von regressiven Veränderungen am Epiphysenknorpel handelt.

Vulpius-Ewald (Heidelberg).

K. Försterling, Über Wachstumsstörungen nach kurzdauernden Röntgenbestrahlungen. (Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses I in Hannover.) (Zentralblatt f. Chirurgie. 1906. Nr. 19.) F. bestrahlte ca. 20 junge Tiere; bei allen traten darauf erhebliche Wachstumsstörungen ein. Meist waren schon 10 Minuten hinreichend. Es wurden auch Zweige von Ahorn, Kastanie u. a. Pflanzen, an denen Knospen kurz vor dem Aufbrechen waren, während 20 Minuten röntgenisiert. Jedesmal zeigte die exponierte Knospe schon nach 2 bzw. 3 Tagen ein ganz erhebliches Zurückbleiben gegen die am gleichen Aste befindlichen nicht bestrahlten.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß bei jungen, noch im starken Wachstum begriffenen Tieren schon kurzdauernde einmalige Röntgenbestrahlungen, die geringer sind als unsere gebräuchlichen therapeutischen Dosen, eine erhebliche Wachstumshemmung in den exponierten Körperteilen hervorrufen können und fast stets auch hervorrufen. Je älter die Tiere sind, desto geringer scheint die Wirkung des Röntgenlichtes zu sein; je jünger die Tiere sind, desto geringere Röntgenlichtdosen sind erforderlich.

Wir müssen daraus folgern, daß therapeutische Röntgenbestrahlungen bei kleinen Kindern nur bei malignen Neu-

bildungen und malignen Erkrankungen (z. B. Leukämie) angewandt werden dürfen. Auch dann muß der übrige Körper in ausgedehnter und exakter Weise durch Abblendung und Abdeckung geschützt werden. Ferner empfiehlt es sich auch, die Röntgenaufnahmen möglichst einzuschränken, vor allem dieselben nicht zu schnell und häufig zu wiederholen wegen der kumulierenden Wirkung der Röntgenstrahlen. Die geringste Dosis Röntgenlicht, die event. schon Schädigung hervorruft, ist noch nicht bekannt. Grätzer.

L. v. Lesser (Leipzig), Eine seltene Erkrankung am Knie. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

Im Juli 1902 bekam der 14¾ Jahre alte Schüler plötzlich Schmerzen im linken Knie. Ende September 1902 stellten sich ohne besondere Veranlassung Schmerzen am rechten Knie ein. Im Mai 1903 erneute Beschwerden, ebenso Weihnachten 1903. Patient klagt über Müdigkeit in beiden Beinen und über die Schwierigkeit, wenn er sitzt, sich ohne Hilfe der Hände vom Stuhle zu erheben. Das Müdigkeitsgefühl steigert sich bei Hinaufsteigen auf einer Treppe, verliert sich aber beim gewöhnlichen Herumgehen. Anhaltendes Stehen ruft ebenfalls das Müdigkeitsgefühl hervor; ebenso das Durchdrücken beider Kniee oder auch das Liegen auf dem Rücken mit gestreckten Beinen (daher schiebt Patient bei Rückenlage stets ein Rollkissen unter die Kniekehlen). Will Patient sich hinsetzen, so sinkt er plötzlich auf den Stuhl hinab, so daß er sowohl beim Setzen wie beim Aufstehen vom Stuhle sich auf die Hände stützen muß. Auch vermag der Patient nicht in hockender Stellung, d. h. mit rechtwinklig gebogenen Kniegelenken und mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, längere Zeit zu verharren. — Die ganze rechte untere Extremität scheint abgemagert, vor allem der Oberschenkel; er ist etwa 1 cm dünner als der linke. Dagegen ist der Umfang des rechten Unterschenkels, über die Tuberositas tibiae gemessen, etwa 1 cm größer als links. Beide Tibiae und beide Fibulae gleich lang. Rechts Tuberositas tibiae stark prominent und druckempfindlich im Bereiche eines Längsovals unterhalb des Sehnenansatzes vom M. quadriceps fem. Dieses Längsoval läßt sich gerade mit der Kuppe des Zeigefingers decken. Links ist die Tuberositas tibiae um die Hälfte weniger prominent. Auch hier besteht eine Druckempfindlichkeit, indes geringeren Grades, im Bereiche eines Querovals oberhalb des Ansatzes der Quadricepssehne.

Der Vater des Patienten soll noch heute starke Prominenz der Tuberositäten beider Tibiae aufweisen. Diese Prominenz wird auf ähnliche Beschwerden wie diejenigen des Patienten zurückgeführt, und sie sollen sich bei dem Vater bereits in den Jugendjahren, angeblich nach einem Sprunge über einen Tisch eingefunden haben.

Die am 8. Juni 1904 vorgenommene Röntgendurchleuchtung bestätigte die Diagnose, daß es sich um eine doppelseitige Erkrankung im Bereiche des Kniegelenks handle, wie sie zuerst von Schlatter beschrieben wurde: Einreißung bzw. Abknickung des von der genualen Tibiaepiphyse nach abwärts herabsteigenden schnabelförmigen Fortsatzes, aus welchem um das 12., 13. oder 14. Lebensjahr die Tuberositas tibiae entsteht, um etwa zwischen dem 17. und 19. Lebensjahr zu verknöchern. Bei der Verknöcherung kommen zwei Knochenkerne mit ihren Verknöcherungszonen zur Verschmelzung: der eine in der Spitze des schnabelförmigen Fortsatzes und der andere in der Gegend der späteren Tuberositas. Verzögert sich die Verschmelzung, so können — wie am rechten Knie des obigen Patienten — Einrisse zwischen den beiden Knochenkernen entstehen, oder es kommt zu queren Einknickungen der neugebildeten Spongiosa oberhalb des oberen Knochenkerns des schnabelförmigen Fortsatzes, wie am linken Knie des obigen Patienten sich feststellen ließ. Grätzer.

Drandt (Königsberg), Zur Behandlung der Kniegelenkstuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Resektion. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 47. Heft 3.) Die Arbeit bezieht sich auf 252 Patienten der Königsberger Klinik, bei denen in 177 Fällen die Resektion ausgeführt wurde, von welch letzteren 86 unter 15 Jahren waren. Unter diesen Resektionen ergaben sich für die erste Zeit 85,88 % Heilungen und 7,92 % Besserungen, während die übrigen teils starben, teils nachträglich amputiert werden mußten. Die Nachuntersuchung erstreckte sich auf 124 Fälle, von denen in der Zwischenzeit sieben gestorben waren, zwei hatten noch Fisteln, die übrigen waren geheilt geblieben. Verkrümmungen fanden sich nur bei Patienten, die vor dem 13. Lebensjahr reseziert worden waren. In 17,09 % bestand keine meßbare Verkürzung, in der Mehrzahl (55,55 %) Verkürzung bis zu 3 cm, beim Rest stärkere Verkürzung, teilweise weil die Erkrankung seinerzeit bis zu den Epiphysenlinien vorgedrungen war.

Vulpius-Ottendorff.

Isemer, Zur Frage der tuberkulösen Erkrankung des Warzenfortsatzes im Kindesalter. (Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. 67. Heft 2.) Durch die Mitteilungen Henricis angeregt, untersuchte Verf. systematisch 40 Fälle von Mastoiditiden bei Kindern bis zu etwa 13 Jahren und kommt zu folgenden Resultaten. Die Häufigkeit des Vorkommens der Warzenfortsatztuberkulose ist in der ersten Hälfte des Kindesalters größer als man annimmt, etwa 13 % aller Mastoiditiden sind tuberkulös. Von diesen sind etwa die Hälfte hämatogen, die andere Hälfte durch Fortleitung vom erkrankten Nasenrachenraum entstanden. Der Beginn der Erkrankung ist schleichend und wenig schmerzhaft; der Operationsbefund gibt nur unsichere Anhaltepunkte. Beweisend ist nur die mikroskopische Untersuchung erkrankter Teile. Die Prognose ist bei den hämatogen entstandenen tuberkulösen Mastoiditiden sehr günstig, bei den fortgeleiteten tuberkulösen Ohrerkrankungen dagegen wird das Leben der Patienten bedroht.

A. Sonntag (Berlin).

K. Gaugele, Zur Behandlung der tuberkulösen Fisteln. mit der Bierschen Saugglocke. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1906. Nr. 28.) G. beschreibt folgenden Fall:

„Es handelte sich um einen sehr schwächlichen Jungen von 6 Jahren, der vor ca. 1 Jahr in vollkommen desolatem Znstand in unsere Behandlung trat. — Nach Angabe der Mutter litt er seit 2 Jahren an linksseitiger Hüftgelenksentzündung. Bei der Aufnahme bestanden starke Reizerscheinungen, das Gelenk war bei der Betastung sehr schmerzhaft, Patient konnte weder gehen noch stehen.

Patient erhielt zunächst einen Gipsverband, nach ¼ Jahr trat Abszeßbildung auf, die auf der Vorderseite der Leiste zum Vorschein kam und des öftern punktiert wurde. Zu gleicher Zeit spritzten wir Jodoform-Glyzerinemulsion in das Hüftgelenk ein. Kurz vor Weihnachten 1905 machten wir die atypische Resektion, indem wir nur das sichtbar Krankhafte entfernten. Nach kurzer Zeit war die Wunde bis auf eine kleine Fistelöffnung geheilt, und Patient wurde mit gefenstertem Gipsverband nach Hause entlassen.

Nach ca. 8 Wochen erschien jedoch Patient wieder und hatte drei größere Fisteln, eine auf der Vorderseite, zwei auf der Rückseite; an den Fistelöffnungen befanden sich zirka markstückgroße granulierende Flächen, die sehr starke Eiterabsonderungen zeigten.

Wir gebrauchten nun sofort täglich 2mal die Biersche Saugglocke, und zwar in der Weise, daß die Glocke auf jeder Fistelöffnung je $^3/_4$ Stunden lang aufgesetzt wurde, wobei Pausen von 5 Minuten mit Saugungen von 5 Minuten abwechselten.

Nebenbei erhielt Patient täglich ein kurzdauerndes Bad (7 Minuten) mit Fichtennadelextrakt bzw. Neurogensalz.

Schon nach 8 Tagen war die Eiterabsonderung nur noch minimal.

Nach 2—3 Wochen hatten sich die Fisteln auf 10-Pfennigstückgröße verkleinert; die weitere Ausheilung ging etwas langsamer von statten. Nach 8 Wochen waren die Fisteln bis auf die Fläche eines Quadratzentimeters verheilt.

Dabei sah ich nun folgendes:

Die kleine, 1 qcm große Fläche trocknete nach der jedesmaligen Stauung sehr stark aus und war bis zum anderen Tage vollkommen mit einer zarten Haut geschlossen. Die Stauung wurde ausgesetzt, 2 Tage darauf war aber die ganze neugebildete Haut durch angesammeltes Sekret wieder zum Platzen gebracht. Dieser Vorgang wiederholte sich 2—3mal. Ich ging deswegen später so vor, daß ich, wenn sich die eben gebildete Hautbedeckung gebildet hatte, darauf achtete, ob sich unter dieser Flüssigkeit ansammelte. Sah ich nun die geringste Ansammlung, so machte ich an dieser Stelle mit einer feinen Nadel einen Einstich und setzte die Glocke mit ganz geringer Saugwirkung auf; es entleerte sich dann durch die kleine Öffnung die angesammelte Flüssigkeit ganz allmählich, ohne diese merklich zu vergrößern. So gelang es mir, die drei Fisteln in weiteren 8 Tagen zum vollkommenen Verschluß zu bringen. Es bildeten sich derbe Narben, welche sich schön einzogen.

Patient wurde mit einem Hessingschen Schienenhülsenapparat entlassen und befindet sich nach den Angaben der Mutter vollständig wohl und kann ohne Unterstützung schön gehen." Grätzer.

Carlo Comba, Über eine nicht häufige Komplikation der Tuberkulose der peribronchialen Drüsen bei Kindern. (Rivista di Clinica Pediatrica. April 1905.) Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der seit längerer Zeit an trockenem Husten gelitten, dann Fieber bekam und bei dem die Mutter eines Abends sah, daß zuerst die linke Seite des Halses und der Brust, dann aber auch die rechte allmählich anschwoll; gleichzeitig war Atemnot vorhanden. Am nächsten Tage expektorierte der Knabe einen weißlichen, mandelgroßen weichen Körper. Danach nahm die Atemnot und der Husten ab. Als Patient am nächsten Tage ins Krankenhaus gebracht wurde, wurde ein Hautemphysem am Halse und an den oberen Partien des Thorax konstatiert. Die Lymphdrüsen des Rachens waren geschwollen; über den untern zwei Dritteln der linken Thoraxseite hörte man Bronchialatmen, Bronchophonie und Krepitieren. Patient starb 3 Wochen später unter den Symptomen der tuberkulösen Meningitis. Man fand bei der Sektion des Thorax außer einer Bronchopneumonie zahlreiche Lymphdrüsenschwellungen im vorderen und hinteren Mediastinum; im Hauptbronchus der linken Seite fand man unterhalb seiner Ursprungsstelle, lateralwärts und über dem oberen Bronchus eine Ulzeration, die den Bronchus mit einer unregelmäßigen Höhle in Verbindung setzt, die von einer festen Bindegewebskapsel umgeben ist. Der von dem Kind expektorierte Körper ergab sich bei nachträglicher mikroskopischer Untersuchung als ein Stück einer Lymphdrüse, in der sich bei Ziehlscher Färbung Kochsche Bazillen fanden. Es war also eine große Drüse von der Masse des mediastinalen Lymphdrüsenpakets gegen den Bronchus gedrückt worden, die Bronchialwand war perforiert worden und ein Fragment der verkästen



Drüse war, heftige Erstickungsanfälle hervorrufend, in den Bronchus und die Trachea eingedrungen und dann bei einem Hustenstoß expektoriert worden. Verf. gibt eine ausführliche Epikrise des Falles mit besonderer Berücksichtigung des Zustandekommens des Hautemphysems. F.

F. Potier, La micropolyadénie dans la tuberculose infantile au point de vue histogénique et pathogénique. (Arch. de méd. des enf. 1905. Nr. 12. S. 738.) Man findet sehr oft in Fällen von chronischer Tuberkulose bei Kindern eine eigentümliche Veränderung der Lymphdrüsen, bestehend darin, daß dieselben etwas vergrößert und rundlich sind und unter der Haut wie Schrotkörner rollen. Obwohl dieselben meist bei Tuberkulose beobachtet werden, so kommen sie auch bei anderen kachektisierenden Krankheiten vor, wie chronische gastrointestinale Dyspepsie der Säuglinge, hereditäre Lues, langwierige Hauterkrankungen usw.

Untersucht man diese Drüsen in Fällen von Tuberkulose, so findet man, mit Ausnahme der Fälle von Miliartuberkulose, daß sie keine Tuberkelbazillen enthalten; vorgenommene Impfungen auf Kaninchen fallen negativ aus. Mikroskopisch wird eine Verdickung der Drüsenkapsel, eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, bei gleichzeitiger Degenerierung der Drüsenzellen beobachtet. In den Bindegewebetrabekeln findet man oft Mastzellen, welche Blutfarbstoff enthalten, Veränderungen, welche ein Zeichen von pigmentärer Degenereszenz durch Hämatolyse sind, analog den Degenerierungen, welche P. auch für andere infantile Kachexien nachgewiesen hat.

Die Grundursache dieser Veränderungen dürfte auf eine Einwirkung der spezifischen tuberkulösen Gifte zurückzuführen sein und eine Abwehrerscheinung des Organismus vorstellen, wie man sie ähnlich auch bei Hypertrophien der Milz und Leber vorfindet.

E. Toff (Braila).

Bergonié, Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses. (Journal de méd. de Bordeaux. 1905. Nr. 47.) Die Untersuchungen des Verf.s haben ihm die Überzeugung verschafft, daß die Röntgenschen Strahlen eine günstige therapeutische Wirkung auf tuberkulöse Lymphdrüsen ausüben. In den untersuchten Fällen konnte durch die mikroskopische Analyse des Blutes Leukämie ausgeschlossen werden, in zwei Fällen wurden exstirpierte Drüsen histologisch und bakteriologisch untersucht und auf diese Weise die Tuberkulose mit Sicherheit diagnostiziert. Nichtsdestoweniger konnte durch die Einwirkung der X-Strahlen eine manifeste Verkleinerung der Drüsen erzielt werden; wurde die Behandlung nur auf einer Seite vorgenommen, so war die Wirkung nur auf dieser Seite zu bemerken. Die Sitzungen wurden alle 5 bis 8 Tage vorgenommen und dauerten 5—10 Minuten. Es wurden nur oberflächlich gelegene Drüsen behandelt, doch glaubt B., daß mit tieferwirkenden Strahlen auch Drüsen im Inneren des Körpers werden behandelt werden können.

E. Toff (Braila).

J. Roux et **Ph. Josserand** (Cannes), La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant à Cannes. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1906. S. 12.)

Die Verff. haben an den Schulkindern von Cannes und an den Pfleglingen der dortigen „Goutte de Lait“ Untersuchungen angestellt und gefunden, daß unter 588 Kindern im Alter von 0—15 Jahren 263 tuberkulös waren. Die Diagnose wurde, gestützt auf folgende Symptome, gestellt: 1. es wurden als tuberkulös diejenigen Kinder angesehen, die einen Unterschied in der Sonorität zwischen den beiden Lungenspitzen oder zwischen dem ersten und zweiten Interkostalraume, rechts und links, mit Widerstandsempfindung für den Finger, darboten. Ferner 2. diejenigen, welche eine respiratorische Anomalie bei der Inspiration oder Expiration (mehrfach unterbrochene Inspiration, schwaches Vesikuläratmen, verlängertes Expirium usw.) erkennen ließen. 3. Diejenigen, welche klinisch oder radioskopisch vergrößerte tracheo-bronchiale Lymphdrüsen aufwiesen. 4. Jene Kinder, bei welchen man radioskopisch eine Verdunklung der Lungenspitzen beobachten konnte.

Auch diese Untersuchungen ergaben, daß die latente Lungentuberkulose außerordentlich häufig im ersten Kindesalter vorkommt. Die betreffende Kurve bildet ein hohes Plateau, welches sich vom zweiten bis zum siebenten Lebensjahre erstreckt, um dann rasch und stetig abzufallen. Gleiche Verhältnisse findet man auch für die Tuberkulose der bronchialen Lymphdrüsen.

Diese Untersuchungen haben auch die großen Vorteile, welche man von der radioskopischen Untersuchung für die Frühdiagnose der Tuberkulose zu erwarten hat, nachgewiesen. Es ist von besonderer Wichtigkeit, die Krankheit möglichst frühzeitig zu erkennen und nicht erst auffallende klinische Erscheinungen abzuwarten, um therapeutisch einzugreifen.

E. Toff (Braila).

Barret (Paris), L'examen radioscopique du thorax chez l'enfant au point de vue du diagnostic de la tuberculose et particulièrement de l'adénopathie tracheo-bronchique. (Revue mens. des malad. de l'enfance. Avril 1906. S. 155.) Der Verf., welcher über 1000 radioskopische Untersuchungen der Brust bei Kindern vorgenommen hat, hebt die diagnostische Wichtigkeit dieser Methode hervor, namentlich mit Bezug auf das frühzeitige Erkennen bestehender Lungentuberkulose. Dieselbe erscheint hauptsächlich durch die Schatten der vergrößerten peri-tracheo-bronchitischen Lymphdrüsen im Röntgenbilde charakterisiert und ist also die genaue Erforschung dieser Drüsen in allen einschlägigen Fällen vorzunehmen. Hierzu ist ein gutes, nach Béclèreschen Prinzipien zusammengestelltes Instrumentarium mit regulierbarer Ampulle notwendig und werden die Explorationen mit dem Fluoroskop sowohl in frontaler, als auch in dorsaler und transversaler Richtung, mit tiefen und weniger tiefen Strahlen vorgenommen. Es ist selten, daß bei einiger Übung die vergrößerten Drüsen nicht in Erscheinung treten, doch kann es vorkommen, daß kleine, tief im Mediastinum gelegene Drüsen der Untersuchung entgehen, so daß das negative Resultat der radioskopischen Untersuchung noch nicht berechtigt, die Diagnose peribronchitischer Adenopathie fallen zu lassen, namentlich wenn andere Zeichen auf dieselbe hindeuten.



Andere Indizien für das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung der Brustorgane findet man in Veränderungen der Durchsichtigkeit des Lungenparenchyms, in zirkumskripten Schatten der Lungenspitze, in pleuritischen Exsudaten usw. Ein frühzeitiges diagnostisches Zeichen ist das von Williams beschriebene einseitige Aussetzen der Zwerchfellbewegungen, welches auf eine Verminderung der Lungenelastizität oder auf eine einseitige Lähmung des Phrenicus zurückzuführen wäre. Dieses Zeichen kann nur vorübergehend sein, und später, wenn die Läsionen bereits deutlich ausgesprochen sind, gänzlich verschwinden. E. Toff (Braila).

Rabot et **Bombes de Villiers,** Adénopathie tracheo-bronchique avec caverne tuberculeuse. (Lyon médical. 1905. Nr. 17.) Tuberkulöse Kavernen bei Kindern sind keine große Seltenheit, nichtsdestoweniger kommen dieselben nicht allzu häufig vor. Der von den Verff. mitgeteilte Fall ist also aus diesem Grunde, und weil die Diagnose einige Schwierigkeiten geboten hatte, von Interesse.

Es handelte sich um einen 4jährigen Knaben, welcher vor etwa 2 Wochen mit heftigem Husten und Erbrechen erkrankt war, außerdem bestanden Schluckbeschwerden. Bei der Untersuchung wurden normaler Perkussionsschall, doch zahlreiche feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen festgestellt. Temp. 38,3°, mit Schwankungen zwischen 37,5° und 39,5°. Die Hustenanfälle erinnerten an Keuchhusten, doch waren keine Reprisen zu beobachten, andererseits waren die Tonsillen stark gerötet und geschwellt und einige weiße Punkte auf den vorderen Gaumensegeln zu bemerken. Die Untersuchung auf Löfflersche Bazillen ergab ein negatives Resultat, auch die tuberkulöse Serodiagnose blieb negativ. Unter fortschreitender Verschlimmerung des Zustandes, trat nach weiteren 2 Wochen der Tod ein.

Die Nekropsie zeigte zahlreiche große Drüsen längs der Trachea, an der Teilungsstelle derselben und um die großen Bronchien herum, bis zum Lungenflügel. Dieselben waren weiß, körnig mit käsigen, tuberkelähnlichen Stellen. Die rechte Lunge enthielt eine nußgroße Kaverne an der Spitze und dem hinteren Teile des unteren Lungenflügels. An der Basis und auf der Leberoberfläche fand man ebenfalls mehrere punktförmige Tuberkeln. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf Tuberkulose. Es handelte sich also nicht um Keuchhusten, sondern die Anfälle von krampfhaftem Husten waren wahrscheinlich durch die tracheo-bronchiale Adenopathie hervorgerufen. E. Toff (Braila).

Tedesko, Akute Bronchiektasien bei postmorbillöser tuberkulöser Peribronchitis. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. No. 19.) Ein 6jähriges Kind, das vor 2 Jahren Diphtherie und Masern durchgemacht hatte, starb unter den Zeichen hochgradiger Dyspnoe an einer unbestimmten fieberhaften Lungenerkrankung. Bei der Sektion fanden sich hochgradige Bronchiektasien, Miliartuberkulose in peribronchialer Ausbreitung und frische eitrige interstitielle Entzündungen. Mikroskopisch erwiesen sich die Bronchien frei von Exsudat, die Bronchialwandungen dagegen durchsetzt von

eitrigem Infiltrat. Wie der drucksteigernde Faktor die hochgradige Erweiterung der durch die Infiltration in ihrer Widerstandsfähigkeit geschädigten Wandung der Bronchien zustande brachte, ließ sich in dem vorliegenden Falle nicht feststellen. Bennecke (Jena).

Pasquele Scarano, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Serumtherapie bei tuberkulöser Peritonitis mit Aszites. (La Pediatria. 1905. Nr. 8.) Verf. berichtet über fünf Fälle von tuberkulöser Peritonitis, die er mit Injektionen von Aszitesflüssigkeit behandelt hat. Konstant fand sich bei allen so behandelten Kranken eine deutliche Vermehrung der Diurese, wie man sie durch keins der gebräuchlichen Diuretica erzielen kann. Auch das Fieber schien bei den rein aszitischen Formen der Peritonitis häufig beeinflußt zu werden. Stets war eine Besserung im Allgemeinbefinden der Kranken zu konstatieren. F.

F. Lalesque, Cure marine de la péritonite tuberculeuse. (Archives de méd. des enf. September 1905.) Der Verf. gibt die Krankengeschichten von fünf Fällen von tuberkulöser Peritonitis, welche durch längeren Aufenthalt am Meeresstrande, in temperiertem Klima (Arcachon) geheilt wurden; hiervon waren drei einfache Peritonitiden und die anderen zwei, mit tuberkulösen Lungen- und Pleuraaffektionen kompliziert. Fieber oder sonstige akute Erscheinungen bilden keine Gegenanzeige der maritimen Behandlung, ebensowenig die oft vorkommenden Darmerkrankungen.

Die Behandlung ist meist eine langandauernde und besteht hauptsächlich in Ruhe, Aufenthalt am Meeresstrande während des ganzen Tages, solange das Wetter es gestattet, und geeigneter roborierender Kost.

Vier von den geheilten Kindern konnten während 6, 8 und 10 Jahren beobachtet werden, wobei festgestellt wurde, daß die Heilung sich unverändert erhielt. E. Toff (Braila).

van der Hoeven, Behandlung der chirurgischen Tuberkulose am Seestrande. (Ned. Tydsch. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 922.) In der ersten Sitzung des Niederl. Vereins für Thalassotherapie berichtete H. über den Einfluß eines Verbleibens am Seestrande auf den lokal chirurgisch tuberkulösen Prozeß bei Kindern. Von 117 Kindern mit Tuberkulose der Knochen und Gelenke sind geheilt 64,9 % und gebessert 19,6 %. Unter den geheilten sind mehrere Fälle, die lange Zeit ohne jeden Erfolg in Kinderspitälern der Großstädte verpflegt gewesen sind.

In derselben Sitzung wurde auch von anderen Ärzten über den ausgezeichneten Erfolg eines langdauernden Verbleibens am Strande berichtet. Voran steht bei allen der Erfolg für Tuberkulose der Knochen und Gelenke; weniger erfolgreich, doch jedenfalls zu versuchen, ist dieser Einfluß auf Tuberkulose der Lungen. Verschiedene skrofulöse Affektionen z. B. Phlyktänen, Ekzema, Bronchitis usw. zeigten in der Regel auffallenden Erfolg. Asthma wurde günstig beeinflußt, aber rezidivierte gewöhnlich, sobald das Kind nach der Stadt zurückkehrte. Im allgemeinen wurde ein Aufenthalt von längerer Zeit, und zwar mehreren Monaten, als notwendig erachtet.

Graanboom (Amsterdam).

R. Fischl, Höhenklima und Seeluft als Heilpotenzen bei Kinderkrankheiten. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 21.) Auf dem 27. Balneologenkongreß hielt F. über das Thema einen Vortrag und faßte zum Schluß seine Ansichten dahin zusammen, daß „anämische Zustände auf rachitischer Basis mit Atonie der Digestionsorgane und Übererregbarkeit des Nervensystems bei Kindern der ersten Lebensjahre aus dem Binnenlande ihre wirksamste Beeinflussung durch mehrmonatlichen Aufenthalt an der Ostsee- oder Mittelmeerküste (je nach der Jahreszeit) erfahren, während sich auch milde Gebirgsklimaten für solche Patienten weniger gut eignen. Eine notwendige Voraussetzung des Erfolges bildet aber häusliche Menage, da diese allein die Darreichung einer tadellosen und den jeweiligen Bedürfnissen angepaßten Kost verbürgt. Mittelgebirgsgegenden, am besten relativ tief gelegene, in Seebecken geschützt situierte Orte treten erst bei älteren Kindern, etwa vom sechsten Lebensjahre an, in ihre Rechte, deren Gehfähigkeit bereits eine so vollkommene ist, daß ihnen die in solchen Stationen unerläßlichen weiteren Wege keine körperliche Ermüdung verursachen, und denen ihre höhere Wetterwiderständigkeit die im Gebirge unvermeidlichen Temperaturwechsel überwinden hilft. Der Keuchhusten verläuft hingegen in milden Gebirgsklimaten leichter als an der Meeresküste, während sein katarrhalisches Ausgangsstadium in beiderlei Gegenden rasch beendet wird. Auch Katarrhe der oberen Luftwege, rezidivierende exsudative Anginen und chronische Hypertrophien des lymphatischen Rachenringes werden durch protrahierten Aufenthalt in Binnenmeerbädern entschieden gebessert, nicht selten definitiv geheilt. Bei chronischen Reizzuständen der tieferen Luftwege ist es wünschenswert, die Wahl des Aufenthaltortes vom Alter des Kindes abhängig zu machen und die jüngeren Jahrgänge an die Ostsee oder an das Mittelmeer, die älteren in das Mittelgebirge zu senden. Lymphatische Individuen sowie solche mit lokaler Tuberkulose der Knochen, Drüsen und Haut finden wiederum in den Binnenmeerstationen die besten Heilungsbedingungen. Manifeste Tuberkulosen innerer Organe, besonders der Lungen, sollen jedenfalls einem Versuche der Freilufttherapie unterworfen werden, die allerdings bei dem rapiden Verlauf der infantilen Phthise weniger günstige Erfolge zeitigt als im spätern Alter. Schwindsuchtskandidaten, deren Deszendenz sie nach dieser Richtung stigmatisiert, oder die Erkrankungen durchgemacht haben, welche erfahrungsgemäß eine occulte Tuberkulose mobilisieren, sollen durch protrahierten Aufenthalt in mildem See- und Gebirgsklima in ihrem Kampfe gegen diese Gefahren unterstützt werden. Nordseebäder sind für blutarme, in ihrer Entwicklung zurückgebliebene Kinder aus dem Binnenlande, wenigstens im Laufe der ersten 7—8 Lebensjahre, nicht geeignet, da sie durch Akklimatisationsschwierigkeiten denselben nicht selten direkten Schaden zufügen können. Aus diesen Gründen und ihrer ungünstigen Terrainbeschaffenheit wegen sind auch größere Höhenlagen für jüngere Kinder nicht zu empfehlen.“

Grätzer.

Charles Leroux, La cure marine des tuberculoses infantiles. (Archives de méd. des enf. Janvier 1906. S. 10.) Der Verf. hat in den Sanatorien von Banyuls-sur-Mer und Saint-Trojan

genaue Untersuchungen über die bei den dahin geschickten Kindern erzielten Resultate und über die denselben entsprechenden Ausgaben angestellt und auf diese Weise eine Art Bilanz der Tuberkulosebehandlung bei Kindern in den am Meeresstrande gelegenen Sanatorien aufgestellt. Die Schlüsse, zu welchen L. gelangt, sind folgende. Die Ansicht, daß maritime Sanatorien Anstalten sind, in welche man Kinder mit schweren Tuberkulosen schicken kann, ist ein Irrtum, welcher Nachteile sowohl für die Kinder als auch für die Finanzen der betreffenden Wohltätigkeitsanstalten nach sich zieht. Die Behandlung der lokalen Tuberkulosen erheischt einen mehrjährigen Aufenthalt und bedeutende Kosten; dieselbe ist um so länger und um so kostspieliger und die Erfolge sind um so weniger günstig, als die Läsion schwerer ist, seit längerer Zeit dauert und der Allgemeinzustand ein schlechterer ist. Man soll daher in die betreffenden Anstalten keine Lokaltuberkulosen senden, falls dieselben mit Kachexie, Verdauungsstörungen oder Lungenveränderungen kompliziert sind. Mit einem Worte, der Allgemeinzustand muß ein guter sein, da sonst die Behandlung resultatlos bleibt, bzw. die Krankheit sich verschlimmert. Die Berechnung des Verf.s hat gezeigt, daß durch Nichtbefolgung dieser Regel etwa $^1/_4$ der in den oben erwähnten Sanatorien gemachten recht hohen Ausgaben für die Patienten ohne jeden Nutzen blieben, eben aus dem Grunde der Nichtbefolgung dieser Prinzipien. Die Präventivbehandlung gibt die besten und finanziell billigsten Resultate, dieselbe soll also in recht ausgedehntem Maße gepflegt werden, namentlich wenn es sich um lymphatische, hereditär belastete und prätuberkulöse Kinder handelt. Was die Behandlung der Lungentuberkulose anbelangt, so ist dieselbe nur in den im Süden gelegenen Meeressanatorien zulässig. E. Toff (Braila).

Joan Jianu, Die Insufflation der Lungen als Behandlung der chirurgischen Synkope. (Spitalul. 1905. Nr. 13.) Der Verf. hat bei Synkopen im Verlaufe von Narkosen zuerst beim Hunde und dann beim Menschen folgende Methode in Anwendung gebracht. Durch den direkt an die Nasenöffnungen angelegten Mund wird dem Patienten Luft in die Lungen eingeblasen und hierbei in rhythmischer Weise verfahren, indem nach jeder Insufflation die Exspiration abgewartet wird. Beim Einblasen wird der Mund des Patienten zugehalten, um ein Rückströmen der Luft während der Insufflation auf diesem Wege zu verhindern. Die Erfolge waren sehr gute, doch hat die Methode mannigfache Nachteile, sowohl für den Arzt als auch für den Patienten, ganz abgesehen davon, daß gleichzeitig auch der Magen aufgeblasen wird, so daß es vorzuziehen wäre, die Insufflation direkt in den Kehlkopf mittels eines Ballons, wie man ihn in der Geburtshilfe bei der Wiederbelebung asphyktischer Kinder anwendet, vorzunehmen. E. Toff (Braila).

R. Cruchet (Bordeaux), Le pneumothorax chez l'enfant. (Arch. de méd. des enf. 1906. Nr. 2. S. 91.) Der tuberkulöse Pneumothorax ist beim Kinde relativ selten, da in diesem Alter auch die Kavernenbildungen nicht häufig vorkommen. In dem von C. beobachteten Falle handelte es sich um ein Mädchen im Alter von 5 Jahren

und 5 Monaten, welches die klassischen Symptome der Krankheit darbot und bei welchem die Diagnose auch durch die Nekropsie bestätigt werden konnte. Während des Lebens fand man Vorwölbung der kranken Seite, Unbeweglichkeit der Zwischenrippenräume, Tympanismus, amphorisches Atmungsgeräusch, Fehlen des Vesikuläratmens und hauptsächlich metallischen Klang. Hingegen konnte aber die Kaverne, welche die Veranlassung des Pneumothorax war, erst 8 Tage vor dem Tode klinisch festgestellt werden. Wie gewöhnlich saß auch in diesem Falle die Perforation an der Lungenbasis. Interessant ist es, daß beim Kinde das Einsetzen der Perforation kein einziges der schweren Symptome hervorrief, welche beim Erwachsenen zur Beobachtung gelangen, höchstens ein plötzliches Ansteigen der Temperatur zur Folge hatte. E. Toff (Braila).

J. Kryszkowski, Zusammenstellung sämtlicher im Laufe der letzten zehn Jahre behandelter Erysipelfälle, samt allgemeinen und therapeutischen Bemerkungen. (Przeglad lekarski. 1905. Nr. 51 u. 52.) Das Erysipel tritt 2mal so oft auf bei Frauen als bei Männern; bei Frauen haben wir bedeutend öfters mit einem Erysipel der Extremitäten zu tun, also mit Fällen, die größere Neigung zur Eiterung besitzen.

Bei Männern kamen mehr wandernde Erysipele vor, mehr chirurgische Komplikationen, mehr Todesfälle; jedoch war die Heilungsdauer bei Frauen durchschnittlich um 2—3 Tage kürzer.

Den interessantesten Teil vorliegender Arbeit bilden therapeutische Ergebnisse, wobei Verf. zu folgenden Schlüssen gelangt: Die lokale Behandlung soll womöglich schonend vor sich gehen, jedwede Einreibung nicht nur affizierter, sondern auch der umgebenden Stellen ist zu vermeiden.

Abwaschen mit Alkohol kann unterlassen werden; Einpinseln irgend welcher Mittel kann angewandt werden, speziell das Einpinseln mit Ichthyolkollodium hat Verf. als zweckmäßig befunden (Rp.: Ichtyoli 10,0, creolini 5,0, Spir. camph. 20,0, Collodii splcis 100,0). Umschläge mit leicht adstringierenden Wässern sind bei Erysipelas vesiculosum und bullosum angezeigt, sollen aber auf nicht eingepinselter Haut angewandt werden. — Eisumschläge wirken im allgemeinen sehr gut. Gabel (Lemberg).

Boxer, Blutnährböden zur Differenzierung der Streptokokken und Pneumokokken. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) B. glaubt die gewöhnlichen Eiterstreptokokken von den bei Scharlach vorhandenen durch ihr verschiedenes hämolytisches Verhalten gegen Blutnährböden unterscheiden zu können. Die Resultate an 16 verschiedenen, von Scharlach stammenden Streptokokkusstämmen sind nach B.s Ansicht nicht eindeutig und noch nicht abgeschlossen. Bennecke (Jena).

C. Stäubli, Über das Verhalten der Typhusagglutinine im mütterlichen und fötalen Organismus. (Aus der II. mediz. Klinik in München.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) Nachdem St. schon durch Tierexperimente sich Aufschluß über diesen

Gegenstand verschafft hat, fand er Gelegenheit, die Resultate auch beim Menschen nachzuweisen. Eine an Abdominaltyphus erkrankte Gravida (im dritten Monat) wurde aufgenommen, und trotz der Schwere der Krankheit erlitt die Gravidität keine Unterbrechung. Der höchste, während der Kontinua am 2. August 1905 konstatierte Agglutinationswert war 1:1600. In der Rekonvaleszenz wurde am 22. August als Wert 1:800 gefunden.

1. Nov. 1905 1:200
7. Jan. 1906 1:200
30. „ 1906 1:100 (1:200 eben noch angedeutet).

Normale Geburt am 25. Februar 1906. Kind gesund.

Blut der Mutter 1:200 (1:400 noch angedeutet), Plazentarblut (fötales Blut) 1:100.

3. März. Blut der Mutter 1:400, Blut des Kindes 1:25.

In Übereinstimmung mit dem Tierexperiment zeigt dieser Fall, daß nach Überstehen einer Typhusinfektion auch das fötale Blut agglutinierende Kraft zeigt, wenn die Infektion längere Zeit vor der Niederkunft statthatte. Eine plazentare Infektion des Fötus mit Typhuskeimen und daraus resultierender selbständiger Bildung von Agglutininen ist in diesem Falle ausgeschlossen, da die Mutter vor der Geburt fast 6 Monate vollständig gesund war und auch das Kind gesund zur Welt kam. Gegen die erwähnte Möglichkeit spricht das rasche Abfallen des Agglutinationstiters beim Kind. Es deckt sich auch diese Beobachtung mit den beim Tier erzielten Resultaten. Diese rasche Elimination der Agglutinine als etwas Körperfremdes aus dem kindlichen Serum zeigt ferner, daß es sich nicht um eine eigentliche Vererbung der von der Mutter erworbenen Eigenschaft, Agglutinine zu bilden, sondern um einen Übergang der vom mütterlichen Organismus gebildeten Antikörper auf das Kind handelt.

Auch der Milch wurde Aufmerksamkeit geschenkt und folgendes konstatiert:

	Mütterliches Blut	Kolostrum bzw. Milch
1 Tag nach der Geburt	1:200 (400)	1:6400
5 Tage „ „ „	1:400	1:400
4 Wochen „ „ „	1:200	1:200

Auch diese Befunde stehen in vollem Einklange mit den Ergebnissen der St.schen Tierversuche und bekräftigen die Annahme, daß die Milchdrüse sich aktiv an der Agglutininbildung beteiligt, wobei der bedeutend höhere Gehalt des Kolostrums wohl zu erklären ist durch den reichlichen Zerfall von Zellen. Jedenfalls ist die Milchdrüse das einzige Organ, bei dem bis jetzt eine so viel höhere Agglutinationskraft als im Serum festgestellt werden konnte.

Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Pädiatrische Sektion.)

Sitzung vom 31. Mai 1906.

Hamburger demonstriert einen Knaben mit Pleuritis exsudativa, der auch an der Vorderseite des Thorax ähnliche Perkussionszonen aufweist, wie sie H. als Befund am Rücken erheben konnte, nämlich: Von der kranken Seite gegen die Wirbelsäule perkutiert folgt am Rücken auf die Zone der kompakten Dämpfung im Bereiche des Exsudats eine Zone paravertebraler Aufhellung auf der kranken Seite. Dann folgt die paravertebrale Dämpfungszone (Rauchfuß) auf der gesunden Seite.

Vorne entspricht der Wirbelsäule das Sternum und wir haben bei Verdrängung des Herzens eine parasternale Aufhellung auf der kranken Seite und eine Zone parasternaler Dämpfung auf das gesunden Seite. Die Erklärung für das Auftreten dieses Perkussionsphänomens hat H. in der Sitzung vom 15. III. gegeben.

Neurath bemerkt, daß auch bei massiger kruppöser Pneumonie dieselben Dämpfungszonen am Rücken zu konstatieren sind.

Hamburger erwidert, daß die relativ geringe Ausdehnung einer pneumonischen Infiltration (nur ein Lappen) das konstante Auftreten des Perkussionsbefundes unmöglich mache.

Goldreich demonstriert ein 4monatliches Kind mit Ossifikationsdefekten am Schädel. Alle Nähte sind offen, die Fontanellen weit, an Stirn- und Scheitelbeinen bestehen bis kronengroße Lücken. Die Röhrenknochen der Extremitäten sind verbogen und verdickt.

Da von seiten des Vaters Lues zugegeben wird, kann es sich um Lues hereditaria oder um Osteogenesis imperfecta handeln.

Knöpfelmacher erinnert in der Diskussion an den von Spieler vorgestellten Fall von Pagetscher Krankheit bei einem mehrjährigen Knaben. Er glaubt, daß auch der demonstrierte Fall in die Gruppe der Pagetschen Krankheit falle.

v. Pirquet demonstriert zwei Kinder mit **latenter Tetanie.** Das eine Kind, 6 Jahre alt, zeigte starkes Fazialisphänomen und elektrische Übererregbarkeit (Überwiegen der Anodenöffnungszuckung, Kathodenschließungszuckung unter 5000 Ampère). Das Kind war schon mit 3 Jahren wegen Tetanie in Spitalbehandlung.

Das zweite Kind, 11 Monate alt, weist als Zeichen latenter Tetanie nur elektrische Übererregbarkeit auf.

Spieler zeigt ein 22 Tage altes Kind mit **Mikrognathie** und **vollständiger Kieferklemme.** Hereditär keine Belastung. Der Unterkiefer ist mangelhaft entwickelt, tritt stark zurück, das Kinn ist kaum angedeutet. Die Nase ist plattgedrückt und verbreitert, die Alveolarfortsätze stark prognath. Durch Synostose des Unterkiefers mit dem Oberkiefer (im Kiefergelenk) besteht vollständige Kiefersperre. Das Kind muß durch die Nase gefüttert werden.

Friedjung und Knöpfelmacher demonstrieren je ein Kind mit **idiopathischem** Ödem der Genitalgegend. Über die ätiologische Auffassung des Ödems entspann sich eine lebhafte Debatte. Escherich betonte, daß solche zirkumskripte Ödeme durch feste Nabelverbände entstehen könnten. Neurath nimmt entzündliche Vorgänge als Ursache an.

Sperk spricht über die **bisherigen Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung des St. Anna-Kinderspitals**, die beweisen, daß es möglich sei, Säuglinge auch innerhalb eines Kinderkrankenhauses und bei künstlicher Ernährung aufzuziehen, wenn nur für zweckmäßige Räume und sorgfältige Pflege vorgesorgt ist.

Bei der künstlichen Ernährung haben sich verschiedene Ernährungsarten (Buttermilch, Szekelymilch, Liebigsuppe usw.) gut bewährt, es kommt bei sonst zweckmäßigen Mischungen sehr viel auf die Technik der Ernährung an. Nur die

Ernährung mit durch Zentrifugieren fettfrei gemachter Magermilch ergab absolut schlechte Resultate.

Die von Escherich angegebenen Brutzellen mit Selbstregulierung haben sich sehr gut bewährt, sowohl zur Pflege frühgeborener Kinder als auch als Isolierräume.

Die Anzahl der bisher verpflegten Kinder betrug 38 mit 4000 Verpflegstagen.

Sitzung vom 21. Juni 1906.

Swoboda und Ullmann demonstrieren je einen Fall von **Epidermolysis bullosa.**

Der erste Fall, ein 9jähriger Knabe, zeigt die sogenannte dystrophische Form der Erkrankung. Seit Geburt des Kindes schießen namentlich an den Stellen, die Traumen ausgesetzt sind, meist hämorrhagische Blasen von Erbsen- bis Hühnereigröße auf. Der Prozeß heilt mit Narbenbildung oder Hautatrophie aus.

Das zweite Kind, ein 10jähriger Knabe, zeigt das klassische Bild der Epidermolysis bullosa. Die Blasen entstehen an den Stellen, wo man die Haut mechanisch, wenn auch nur leicht reizt. Die bei der Demonstration sichtbaren Blasen wurden durch Anlegen eines Verbandes erzeugt. Die Blasen zeigen einen hellen Inhalt und setzen gegen die Umgebung scharf ab. 6—8 Stunden nach einem Trauma wird die Haut blasig abgehoben. Anfangs ist die Haut noch prall gespannt. Die Blase vergrößert sich dann rasch, die Spannung derselben läßt bald nach. Nur bei Reizung trübt sich der Inhalt. Sonst zeigt die Affektion gutartigen Verlauf, die Blase trocknet ein, ohne daß es zu Eiterung kommt. Das Leiden ist kongenital.

Escherich erwähnt das Vorkommen von blasigen Epidermisabhebungen bei der physiologischen Desquamation der Säuglinge und fragt, wie sich diesbezüglich Kinder verhalten, welche später Epidermolysis bull. zeigen.

Nobl erwidert, daß solche Kinder meistens kein abnormes Verhalten zeigen. Kongenitales Auftreten von Blasen kommt aber vor.

Sluka demonstriert ein 8jähriges Kind mit **Malaria.** Das Kind wurde mit typischer Anamnese aufgenommen, zeigte nur leichte Milzschwellung und Anämie, sonst keinen wesentlichen Organbefund. Anfangs zeigte sich der Typus einer Tertiana. Alsbald wurde das Fieber jedoch unregelmäßig remittierend und 14 Tage danach ist Patient sogar fieberfrei, fühlt sich wohl. Im Blute finden sich aber seit Beginn der Beobachtung gleichzeitig, zu welcher Zeit untersucht, alle Entwicklungsstadien der Plasmodien, sowohl ganz junge Plasmodien (kleine Ringe), als auch ältere Formen und Dauerformen (Gameten). St. stellt deshalb die Diagnose auf **Malaria tertiana duplex.** Interessant ist, daß Patient trotz stetem Vorhandensein der Plasmodien fieberfrei ist. Die Zahl der Plasmodien ist in der fieberfreien Zeit geringer geworden. Der Hauptherd der Wiener Malaria ist nach den Untersuchungen Hoscheks Stadlau; danach kommt Aspern. Ganz sporadisch kommt sie in Kaisermühlen vor.

Rach demonstriert Gehirn und Nieren eines 13jährigen Mädchens mit **Arteriosklerose.** Seit 2 Jahren in klinischer Beobachtung wegen Symptomen einer Schrumpfniere nahm die Rigidität der Arterien während der Beobachtung rasch zu. Bei der zweiten Aufnahme der Patientin bestanden Kopfschmerzen, häufiges Nasenbluten, Blutungen in der Haut, ferner Hypertrophie des linken Ventrikels, leises diastolisches Geräusch an der Aorta.

Wenige Tage nach der zweiten Spitalsaufnahme trat plötzlich rechtsseitige Hemiplegie und 24 Stunden später Exitus ein. Die Obduktion bestätigte die Diagnose Arteriosklerose, Schrumpfniere und Blutung in der inneren Kapsel.

Die Ätiologie des Falles ist unklar (weder Lues noch Alkohol, noch Blei).

Simnitzky und Seitz haben nachgewiesen, daß Arteriosklerose im Kindesalter nicht gar so selten vorkommt. Der demonstrierte Fall ist wegen der Seltenheit der Haemorrhagia cerebri auf arteriosklerotischer Basis interessant.

Königstein zeigt ein 10 Monate altes Mädchen mit dem Symptom des **schnellenden Fingers.** Patientin hält den 3. und 4. Finger der Hand gebeugt, kann sie aktiv nicht strecken, bei passivem Strecken spürt man einen Widerstand, nach dessen Überwindung die Finger plötzlich und sprunghaft gestreckt werden. Dabei fehlen Schmerzen. Anatomisch ist im demonstrierten Falle nichts nachzuweisen. In den meisten Fällen handelt es sich um Verdickung der Strecksehnen mit Verengerung der Sehnenscheiden.

Hochsinger berichtet über einen ungewöhnlichen Impfverlauf bei einem 4 monatlichen Kinde.

Anfangs ging alles gut, am 15. Tage schossen um die Krusten ca. 60 neue Pocken auf, die rascher verliefen als die primäre Pustel. H. glaubt, daß eine Propagation des Vakzineerregers auf dem Blut- oder Lymphwege stattgefunden habe.

Schütz spricht über die **Bedeutung der Salzsäure für die Verdauung des Säuglings.**

Trotz einer großen Anzahl von Publikationen über Untersuchungen des ausgeheberten Magensaftes ist seit Epstein (1880) kein wirklicher Fortschritt in der Verwertbarkeit der Untersuchungsergebnisse für die Diagnostik zu verzeichnen. Adolf Meyer ging sogar soweit, zu behaupten, die chemische Untersuchung des Mageninhaltes hätte überhaupt keinerlei Bedeutung.

Die Untersuchungen des Vortr. gingen von dem Gedanken aus, daß nur die mangelhafte Kenntnis der biologischen Bedeutung der Bestandteile des ausgeheberten Magensaftes Schuld daran sei, daß kein verwendbares Resultat bisher erzielt wurde. Vortr. untersuchte vor allem, ob zum Zustandekommen der Pepsinverdauung die Anwesenheit freier Salzsäure notwendig sei. Auch darüber herrscht Uneinigkeit. Sch. fand, daß die Kaseinverdauung durch Pepsin nicht an die Anwesenheit freier Salzsäure gebunden sei.

Verf. macht aufmerksam, daß bisher auch vernachlässigt wurde, daß die Salzsäure auf die Sekretion des Pankreassaftes fördernd einwirke. Von diesem Gesichtspunkte müsse man dem Salzsäurebindungsvermögen der Nahrung mehr Beachtung schenken. Zum Schlusse betont Sch., daß für die Funktionsprüfung des Säuglingsmagens nur die Menge der Gesamtsalzsäure in Betracht komme.

B. Schick (Wien).

Ärztlicher Verein zu Marburg.

(Nach Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 16. Mai 1906.

Römer: **Über die Versorgung der Großstädte mit Säuglingsmilch.**

Angesichts der großen Erfolge, die die Hygiene auf vielen mit der Volksgesundheit eng zusammenhängenden Gebieten errungen hat, sind ihre Leistungen in der Milchfrage als relativ gering, ja was die Milchpraxis betrifft, geradezu als negativ zu bezeichnen; das beweisen die besonders in Deutschland so hohen Ziffern über Säuglingssterblichkeit.

Die hohe Säuglingssterblichkeit bedeutet eine große nationale Gefahr; denn sie wirkt nicht, wie man fälschlich wohl annimmt, als ein Auslesemittel, um die physisch Minderwertigen auszumerzen, im Gegenteil, die Schädlichkeiten, die das Säuglingssterben bedingen, machen diejenigen Individuen, die mit dem Leben davonkommen, häufig für ihr ganzes Leben physisch minderwertig. Der in Deutschland bis jetzt immer noch feststellbare jährliche Bevölkerungszuwachs gibt uns, wie Seifert mit Recht betont hat, durchaus noch nicht die Garantie, daß wir für die Zukunft immer auf ihn rechnen dürfen, zumal die eheliche Fruchtbarkeitsziffer einen ständigen Rückgang aufweist. Zuverlässige Berechnungen haben ferner ergeben, daß die hohe Säuglingssterblichkeit auch einen wirtschaftlichen Schaden bedeutet.

Eine energische Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit würde also eine Steigerung unserer Volkskraft in quantitativer, qualitativer und wirtschaftlicher Hinsicht bedeuten.

Die Verluste in der Säuglingsperiode sind in der Hauptsache (wenn auch nicht ausschließlich) bedingt durch falsche Ernährung, wie überzeugend die Statistiken zeigen, wenn man den Prozentsatz der an der Brust und der an der Flasche ernährten, im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder vergleicht. Inwieweit durch Förderung des Selbststillens die Säuglingssterblichkeit eingedämmt werden kann, soll hier unerörtert bleiben, da diese Frage außerhalb des Themas liegt. In der Praxis wird man immer mit einem nicht unbeträchtlichen Prozent-

satz von Säuglingen rechnen müssen, die auf die künstliche Ernährung angewiesen sind. Als künstliche Ernährung kommt hauptsächlich die Kuhmilch in Betracht.

Die für den Säugling verhängnisvollen Veränderungen in der Kuhmilch sind im wesentlichen veranlaßt durch Bakterien. Wenn aber die Bakteriologie die allerdings logisch erscheinende Schlußfolgerung aus dieser Erkenntnis zieht, daß man die Milch sterilisieren müsse, so hat sie bisher viel zu wenig berücksichtigen, daß dabei tiefgreifende Veränderungen der für den Säugling wichtigsten Stoffe in der Milch, der Eiweißkörper, vor sich gehen. Diese werden nicht nur in ihrer chemischen Eigenart verändert, sondern erfahren auch einen Verlust ihrer biologischen Nativität, ihrer „lebendigen Kraft". Das Pasteurisieren der Milch hat zwar diesen schädigenden Einfluß im allgemeinen nicht, dafür ist es aber in anderer Hinsicht wieder unvollkommener als die Sterilisierung, weil es die gefährlichsten Keime der Milch unbehelligt läßt und durch die Vernichtung harmloser Bakterien ihnen sogar die Möglichkeit einer rascheren Vermehrung gewährt. Auch Erfahrungen in der Kinderpraxis erkennen durchaus die diätetische Überlegenheit der Rohmilch an. Im Experiment (Versuch an Kälbern) ist dieselbe geradezu frappant (Demonstration an übersichtlichen Tafeln).

Unser Ziel muß also sein, die Milch den Säuglingen in rohem Zustand, also möglichst so zuzuführen, wie sie von der Kuh gewonnen wird, und weiterhin in einem Zustand, in dem gesundheitsgefährliche Beimengungen zu der Milch ausgeschlossen sind.

Die Möglichkeit, daß Kinder auch mit pasteurisierter und sterilisierter Milch ohne erheblichen Schaden für ihre Gesundheit großgezogen werden können, soll nicht bestritten werden. Für die praktische Lösung des Problems einer hygienischen Milchgewinnung und eines hygienischen Milchvertriebes ist es aber bei weitem nützlicher, die hygienischen Forderungen gegenüber dem Milchproduzenten dahin zu formulieren, daß die von ihm gelieferte Milch in so reinem Zustand bei den Konsumenten ankommen muß, daß sie für den Säugling auch in unerhitztem Zustand keine gesundheitsgefährlichen Beimengungen enthält. Das falsche Vertrauen, das in die Pasteurisierungs- und Sterilisierungsmethoden gesetzt wurde und das auch ärztliche und hygienische Autoritäten teilten, hat es nicht zuletzt verschuldet, daß die Frage einer hygienischen Milchgewinnung und eines hygienischen Milchvertriebes noch so wenig entwickelt ist.

Wir werden eben in der Milchfrage eine Änderung unserer bisherigen Anschauungen vornehmen müssen, ähnlich der, die in der Chirurgie den Übergang von der „Antisepsis" zu „Asepsis" gezeitigt hat. Inwieweit es möglich ist, eine Rohmilch zu gewinnen, die ohne erhebliche Verunreinigungen zu erleiden, sich mehrere Tage frisch erhält, wird Herr Much mitteilen.

Eine Gefahr aber wird stets, solange die Rindertuberkulose noch nicht ausgetilgt ist, die Verabreichung von roher Milch mit sich bringen — die Gefahr der Tuberkuloseinfektion. Die Mischmilch aus größeren Milchviehbeständen enthält fast durchweg Tuberkelbazillen in infektionstüchtiger Menge (Demonstration entsprechender Kälberversuche). Daß der Mensch vom Rinde her angesteckt werden kann, ist ebenfalls erwiesen, wenn auch die Bedeutung dieser Gefahr nach der quantitativen Seite hin noch nicht sicher abgeschätzt werden kann. Damit aber erwächst uns die Pflicht, die Säuglinge vor dieser Infektion zu schützen, die zwar für den Augenblick sich nicht erkennbar macht, aber nach Jahr und Tag zu Siechtum und Tod führen kann.

Wie wir versucht haben, die beiden Probleme — Gewinnung einer in ihren rohen, nativen Eigenschaften im wesentlichen unveränderten Milch, die frei ist von Tuberkelbazillen — in gemeinsamer Arbeit zu lösen, wird Ihnen ebenfalls Herr Much berichten.

Der Zweck meiner einleitenden Bemerkungen sollte nur sein, Ihnen die Prinzipien auseinanderzusetzen, von denen wir ausgehen müssen, wenn es uns wirklich ernst sein soll, einen Feind zu bekämpfen, der heimtückisch an der Wurzel unserer Volkskraft nagt.

Much: **Über Perhydrasemilch.**

Es ist möglich, bei Beobachtung peinlichster Sauberkeitsmaßregeln eine sehr keimarme Milch zu gewinnen. Auf dem Gutshof des Herrn v. Behring wurde mit einem am hiesigen Institute ausgearbeiteten Verfahren des öfteren sogar sterile Milch ermolken.

Die Einführung von solcher sauberen Rohmilch im Großstadtbetriebe unter Berücksichtigung der arbeitenden Klassen ist aber wegen der Kosten und wegen der Gefahr der beim Großbetrieb fast immer in ihr enthaltenen lebenden Tuberkelbazillen unmöglich. Eine für den Großstadtbetrieb verwendbare, die Mutterbrust ersetzende, in ihren genuinen Eigenschaften unveränderte, von schädlichen Keimen und Beimengungen freie Rohmilch als Säuglingsnahrung existiert bis jetzt nicht. Durch das von uns ausgearbeitete Verfahren ist diese Frage vielleicht gelöst. Es handelt sich um die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd unter Bedingungen, unter denen die Milch von lebenden Keimen befreit wird. Das Wasserstoffsuperoxyd gibt aber der Milch einen unangenehmen kratzenden Beigeschmack. Es muß deshalb aus der Milch wieder entfernt werden und dies geschieht durch Zusatz von 2—4 Tropfen (pro 1 Liter Milch) eines Fermentes, das aus entbluteter Rinderleber gewonnen wird. Das Ferment enthält geringe Mengen Eiweiß. Es werden also zu den in der Milch normalerweise in 1 Liter vorhandenen 40 g Eiweiß praktisch nicht in Betracht kommende Mengen „homologen" Eiweißes hinzugefügt. (Demonstration der Herstellung.)

Diese, als Perhydrasemilch bezeichnete Milch, unterscheidet sich nicht wesentlich von einer Rohmilch. Man kann sie aber — und das ist wesentlicher Vorzug — längere Zeit ohne Schaden aufbewahren. Es sind Proben über 7 Wochen lang im Brutschrank aufgestellt worden, die dauernd steril blieben. Versuche mit der Kuhmilch hinzugefügten Tuberkelbazillen bewiesen, daß das Perhydraseverfahren die Tuberkelbazillen abtötet. Der Eiweißgehalt bleibt (im Gegensatz zu den Hitzesterilisierungsmethoden) unverändert. Er wurde einmal auf chemischem Wege und sodann durch Zusatz von Tetanusantitoxin ermittelt. Das Labgerinnungsvermögen bleibt unverändert. Wasserstoffsuperoxyd ist nach $^{1}/_{2}$stündiger Einmischung von Peroxydase nicht mehr in der Milch nachzuweisen, weder chemisch noch durch künstliche Einsaat von empfindlichen Keimen. Die Oxydasenreaktion ist in dem Sinne verändert, daß mit Paraphenyladiamin die Reaktion nicht wie bei Rohmilch sofort, sondern erst nach 4—7 Stunden eintritt. Der Geschmack der Perhydrasemilch unterscheidet sich in nichts von dem der Rohmilch (was auch von anwesenden Herren bestätigt wird). Der Preis der Milch verteuert sich pro 1 Liter um höchstens 4—5 Pf. Somit scheint das Problem einer in ihren genuinen Eigenschaften unveränderten und dabei doch von lebenden Tuberkelbazillen und anderen schädlichen Keimen freien Milch im Prinzip gelöst zu sein. (Näheres siehe „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose," Bd. V.)

Vorläufig stellt sich aber einer allgemeinen Einführung noch das Gesetz entgegen, das ja jeden Zusatz zur Milch verbietet. Im Interesse einer gründlichen Prüfung des Verfahrens bedeutet das zunächst keinen Nachteil. Angewandt wird das Verfahren schon in der Landwirtschaft, um den Landwirt sowohl vor den durch erhitzte Milch verursachten Verlusten in der Kälberaufzucht, wie vor der Tuberkulose seiner Herden zu schützen. Das Perhydraseverfahren ist auch sehr geeignet zur Trinkwasserreinigung.

Die Perhydrasemilch muß im Dunkeln aufbewahrt werden, da sie, wenn sie tagelang im Lichte steht, einen bitteren Geschmack bekommt, auch ohne daß ein Keim in ihr wäre. Dies Phänomen wurde zuerst als Fermentwirkung gedeutet; aber nicht nur die Perhydrasemilch und saubere, fast keimfreie Rohmilch, sondern auch im strömenden Wasserdampf von 100° gründlich sterilisierte Milch bekommt einen intensiv bitteren Geschmack unter dem Einfluß des Sonnenlichtes, während im Dunkeln aufgestellte, entsprechende Proben nach mehreren Tagen im Geschmack unverändert waren. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Lichtwirkung.

IV. Neue Bücher.

M. Runge. **Die Krankheiten der ersten Lebenstage.** Stuttgart, F. Enke. Preis: Mk. 8.

Von dem rühmlichst bekannten Buche ist jetzt die 3. Auflage erschienen. Der gewissenhafte und fleißige Autor hat die moderne Literatur wieder kritisch

gesichtet und benutzt, aus weiteren reichen Erfahrungen geschöpft und dieselben seinen Lesern zu Nutze gemacht. So finden sich in dem Buche mannigfache Abänderungen, welche den Wert desselben erhöhen. Die Kenntnis der Krankheiten der ersten Lebenstage ist für jeden Arzt äußerst wichtig; möge das vortreffliche Werk Runges fleißig gelesen und studiert werden! Grätzer.

Pfaundler und Schloßmann. **Handbuch der Kinderheilkunde.** Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig. 1. Bd., I. u. II. Hälfte. Preis: Mk. 30.

Ein Buch für den praktischen Arzt! so lautet der Untertitel des gewaltigen Werkes, dessen 1. Band vor uns liegt. Dieser Untertitel wird recht oft Büchern gegeben, die ihn keineswegs verdienen. Bei diesem Handbuch steht er mit vollem Recht da. Ein Kreis der hervorragendsten Pädiater und Gelehrten hat sich um die Herausgeber geschart, um ein übersichtliches Bild des heutigen Standes der Kinderheilkunde zu geben, und allen diesen Autoren schwebte als Hauptziel vor, die Bedürfnisse des Praktikers voll und ganz zu befriedigen, dem prakt. Arzte ein allen Anforderungen genügendes Nachschlagewerk für das so überaus wichtige Sondergebiet der medizinischen Wissenschaft zu schaffen. Dieses Ziel ist glänzend erreicht worden. Jeder einzelne Abschnitt, bearbeitet von einem Autor, der sich speziell mit diesem Gebiete seit langem beschäftigt hat, ist mustergültig geschrieben, die 61 Tafeln und 430 Textfiguren sind prachtvoll und im höchsten Grade instruktiv, das ganze Werk zeigt eine äußerst splendide Ausstattung. Der 2. Band soll in ganz kurzer Zeit erscheinen. Wir sehen ihm mit großer Spannung entgegen und werden auf ihn noch zurückkommen.[1]) Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Bamberg, K., Über Sinusthrombose im Kindesalter (München). — **Bayer, G.**, Über einen sehr seltenen Mischtumor, Fibromyolipozystadenom, am Dünndarm eines 6jährigen Knaben (Würzburg). — **Bergrath, R.**, Über Chondrodystrophia foetalis (Bonn). — **Berndt, W. K. L. G.**, Beitrag zur Pathologie der Varizellen (Leipzig). — **Blaauw, J.**, Maligne Nierentumoren im Kindesalter; ein Beitrag zur Frage der embryonalen Mischgeschwülste der Niere (Leipzig). — **Brandes, M.**, Über Gliome des Gehirns jugendlicher Personen (München). — **Cohn, A.**, Ein bemerkenswerter Fall von Lymphosarkomatosis im Kindesalter (Würzburg). — **Danziger, F.**, Über Spirochaetenbefunde bei hereditärer Syphilis (Leipzig). — **Daude, O.**, Über zwei genauer untersuchte Fälle von Doppelbildungen (Berlin). — **Eske, K.**, Über Arrosionsblutungen großer Gefäße nach Tracheotomie (Leipzig). — **Goldschmidt, E.**, Zur Kenntnis der Säuglingstuberkulose (München). — **Grimm, Fr.**, Über einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Leipzig). — **Hindenberg, W.**, Über ein dyspygisches Becken beim Neugeborenen mit Spina fissa (Straßburg). — **Hutzler, M.**, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Tuberkulose im ersten Kindesalter (München). — **Kalb, Ed.**, Über einen Fall von idiopathischer Herzhypertrophie bei einem 6 Monate alten Kinde (München). — **Kathen, Th.**, Über hysterische Psychosen im Kindesalter (Kiel). — **Klasske, W.**, Die innerhalb einer Hausepidemie an zwei „toxischen“ Scharlachfällen beobachtete Wirkung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums, beurteilt auf Grund einer kritischen Durcharbeitung der Literatur (Leipzig). — **Landois, F.**, Zur Physiologie der Neugeborenen; Beobachtungen an 50 Neugeborenen in den ersten zehn Lebenstagen (Greifswald). — **Loebell, A.**, Über kongenitalen Radiusdefekt (Gießen). — **Meissner, W.**, Über Endo-

---

[1]) Nachschrift bei der Korrektur: Inzwischen ist auch der 2. Band erschienen (Preis: Mk. 30), wieder zwei Bände, welche mit 61 Tafeln und 430 Textfiguren geschmückt sind. Das Wort „schmücken“ ist hier am rechten Platz; die Abbildungen sind auch in diesem Bande ganz vorzüglich. Auch der textliche Teil steht dem 1. Bande durchaus nicht nach, und es kann genau das obige Urteil wiederholt werden. Jeder Arzt sollte sich dieses in hohem Grade und nach jeder Richtung hin wertvolle Werk anschaffen! Gr.

carditis im Kindesalter (Straßburg). — **Michaelis, P.**, Altersbestimmung menschlicher Embryonen und Föten auf Grund der Messungen und von Daten der Anamnese (Leipzig). — **Müller, B.**, Über 785 Fälle von kongenitaler Amblyopie aus dem Krankenmaterial der Halleschen Univers.-Augenklinik (Halle). — **Nettebrock, H.**, Zur Kasuistik der Blutungen nach Tonsillotomie und ihre Behandlung (Kiel). — **Ohse, E.**, Ein Fall von doppelseitigem Kolobom der Oberlider mit Dermoiden der Corneo-Skleralgrenze: ein Beitrag zur Ätiologie dieser Mißbildungen (Straßburg). — **Schneider, P.**, Die Lebenschancen der Kinder von künstlichen Frühgeburten und Kaiserschnitten (Straßburg). — **Schultze, W.**, Beitrag zur Kenntnis der Sprachstörungen der Epileptiker (Göttingen). — **Welmersheimer, M.**, Über den angeborenen Mangel der Patellarreflexe (Würzburg). — **Weysser, P.**, Über angeborene Verbiegungen der Unterschenkelknochen (München). — **Wodrig, P.**, Ein Fall von Arthritis nach Ophthalmoblennorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre vor den gonorrhoischen Erkrankungen (Berlin). — **v. Zapatowski, F.**, Über einen Fall von Sakralteratom beim Neugeborenen (Greifswald).

V. Monats-Chronik.

Reformvorschläge für die humanistischen Gymnasien, ausgearbeitet von der Schulkommission des Ärztlichen Vereins München in Gemeinschaft mit den Vertretern der humanistischen Gymnasien.

I. Die körperliche Ausbildung der Schüler an den humanistischen Gymnasien kann in der von den Ärzten als unbedingt notwendig erkannten und von den Schulmännern vollkommen gebilligten Ausdehnung nur betätigt werden, wenn die Inanspruchnahme der Schüler durch Beschränkung der häuslichen Arbeiten und durch ökonomischere Anordnung des Lehrstoffes vermindert wird. Dies setzt eine den Forderungen der modernen Didaktik und der Hygiene entsprechende Umänderung der Schulordnung und besonders eine Herabsetzung der Schülerzahl in den einzelnen Klassen voraus.

II. Die häuslichen Arbeiten müssen beschränkt werden. Die Forderung kann erfüllt werden:

a) durch erhebliche Verminderung der deutschen Hausaufgaben, welche gegen Ende der Woche eingeliefert werden sollen, um den Sonntag frei zu halten;

b) durch Einschränkung der täglichen Präparation bei veränderter Behandlung der Klassikerlektüre;

c) durch Beschränkung der Texte der häuslichen Übersetzungen und der häuslichen Arbeiten in den mathematischen Fächern.

III. Der Stundenplan ist nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse einzurichten auf der Grundlage des Vormittagsunterrichts. Es läßt sich ein Stundenplan aufstellen, bei dem in den fünf ersten Klassen der Unterricht in den obligatorischen wissenschaftlichen Fächern an allen Tagen auf den Vormittag beschränkt bleibt, während in den vier oberen Klassen wenigstens 4 Nachmittage von diesen Fächern frei sind und auf die übrigen 2 Nachmittagsstunden fallen.

Für die Wahlfächer bleiben bei dem neuen Stundenplane genügend Stunden zur Verfügung.

IV. Dabei sind entsprechende Erholungspausen, und zwar in der Weise, daß im Sommer von 8—8.50, von 9—9.50, von 10.10—11, von 11.15—12 und von 12,15—1 Uhr, im Winter von 8.15—9, von 9.5—10, von 10,15—11, von 11,10—12 und von 12,15—1 Uhr Unterricht erteilt wird. Etwa nötiger Nachmittagsunterricht soll mit einer viertelstündigen Zwischenpause von 3—5 Uhr stattfinden, soweit dies die Lichtverhältnisse zulassen. An Tagen, an welchen der Unterricht morgens bis 1 Uhr dauert, muß der Nachmittag frei sein.

V. An den freien Nachmittagen sollen Jugendspiele, Turnen usw. stattfinden, in der Weise, wie dies in den Leitsätzen der Schulkommission festgelegt ist. Für das Pflichtturnen und für die Turnspiele müssen geeignete Plätze geschaffen werden. Die Leitung der Spiele soll eigens vorgebildeten Lehrkräften übertragen werden. Die Haftpflicht für den Lehrer muß natürlich der Staat übernehmen auf Grund des § 823 BGB.

VI. Der Sonntag muß von allen obligatorischen Stunden frei bleiben und der körperlichen und geistigen Erholung gewidmet sein.

(Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 28.)

Stuttgart. Das Württembergische Medizinalkollegium hat als **Höchstmaß an Unterrichtsstunden** und häuslicher **Schularbeit** durchschnittlich 8 Stunden für den Schultag, also zusammen 48 Wochenstunden, als durchaus angemessen erklärt, wobei jedoch vorauszusetzen sei, daß diese Stundenzahl für die jüngeren Schüler noch entsprechend vermindert werde. Als Höchstzahl wöchentlich verbindlicher Unterrichtsstunden ohne Turnen wurden 30 Stunden angesetzt. Um diese angegebene Normalstundenzahl zu erreichen, soll nun die bisherige Stundenzahl einzelner Fächer gekürzt werden, bei den humanistischen Gymnasien vornehmlich die Unterrichtsstunden für Latein und Griechisch, da hier die Zahl der Stunden in den mathematischen, naturwissenschaftlichen und neusprachlichen Fächern auch schon nach dem alten Lehrplan auf das durchaus Notwendige beschränkt ist. Neu ist es für die Gymnasien, daß im naturwissenschaftlichen Unterricht der Oberklassen auch die Biologie eine Stelle erhalten wird. Bei den Realgymnasien soll neben dem lateinischen Unterricht auch der mathematische Lehrstoff der mittleren Klassen eine Einschränkung erfahren, während bei den Oberrealschulen ebenfalls der mathematische Unterricht der mittleren Klassen, das geometrische Zeichnen und die darstellende Geometrie abgeändert werden soll, um die normale Stundenzahl zu erreichen.

Hamburg. Das **Seehospital** (Nordheim-Stiftung) unter Leitung von Dr. Treplin ist eröffnet. Zur Aufnahme gelangen Kinder beiderlei Geschlechts von 4—14 Jahren, und zwar in erster Linie Kinder mit schwerer Skrofulose, Drüsen-, Gelenk- und Knochentuberkulose. Das Krankenhaus ist chirurgisch und orthopädisch ausgerüstet.

Hohenlychen. Das **Cäcilienheim für knochen- und gelenkkranke Kinder** ist durch Geh.-Rat Hoffa eröffnet. Es ist zurzeit mit 40 Kinder belegt und wird bis auf 120 Betten erweitert werden.

Dresden. Hier wurde eine **Gesellschaft für pädagogisch-psychiatrische Forschung** auf Veranlassung des Spezialarztes für Nervenkrankheiten Dr. med. Stadelmann begründet. Aufgabe der Gesellschaft ist das Studium von schulpsychischen Angelegenheiten.

— Eine **Klinik für zahnkranke Volksschulkinder** unter Leitung von Dr. Röse ist eröffnet.

Köln. Reichstagsabgeordneter Müller-Fulda hat abermals für den Kreis Fulda eine **Stiftung** im Betrage von 100000 Mk. gemacht zur Aufnahme **armer kränklicher Kinder in eine Kinderheilanstalt.**

Graz. Als Nachfolger Pfaundlers (München) sind für den Lehrstuhl für Kinderheilkunde vorgeschlagen Prof. Stoeltzner (Halle), Priv.-Doz. Dr. Thiemich (Breslau) und Priv.-Doz. Dr. Langer (Prag).

London. Auf dem **Kongreß für Kindersterblichkeit** am 13. Juni 1906 sprach Burns über die Ursachen der hohen Kindersterblichkeit in England, die trotz der Zunahme des Volkswohlstandes und Besserung der hygienischen Bedingungen nur wenig zurückgegangen ist. Als hauptsächlichste Ursachen sind der Alkoholismus, die Beschäftigung der Frauen in den Fabriken und die Mängel der Milchversorgung anzusehen. Dr. Niven berichtete über Krippen und die Wichtigkeit der Volksaufklärung. Dr. Caton über die Nachteile künstlicher Nährpräparate. Schließlich wurde noch die Anstellung weiblicher Gesundheitsinspektoren empfohlen.

Luxemburg. Für die Einführung der **obligatorischen Impfung** hat sich die Deputiertenkammer mit Rücksicht auf die jüngste Pockenepidemie ausgesprochen. Die Impfungen sollen im 1. und 11. Lebensjahre und, im Falle einer Epidemie, nach Ermessen der betreffenden Behörden vorgenommen werden.

Bordeaux. Dr. Denucé wurde zum Professor der Klinik für Kinderkrankheiten ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XI. Jahrgang. Oktober 1906. Nr. 10.

Inhalt.

I. Referate.

II. Therapeutische Notizen.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Monats-Chronik.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Oktober 1906. No. 10.

I. Referate.

Hermann Pfeiffer, Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrennungstodes. (Aus d. Inst. f. gerichtl. Med. in Graz.) (Virchows Archiv. Bd. 180. Heft 3.) Die an interessanten Einzelheiten und Beobachtungen reiche Arbeit eignet sich nicht für ein Referat. Die Experimente wurden an zahlreichen Kaninchen angestellt und ergaben, daß der typische Verbrennungstod, der je nach der Beschaffenheit des Tieres innerhalb 3—24 Stunden eintritt, auf einen im Blute zirkulierenden und durch den Harn unverändert ausscheidbaren Giftkörper zu beziehen ist. Dieser ist wahrscheinlich ein Abbauprodukt des durch die Hitze veränderten Eiweißmoleküls. Hämolytisch oder agglutinierend wirkende Gifte konnten im Gegensatz zu anderen Autoren nicht beobachtet werden. Interessant sind die Versuche, die mit dem Giftkörper angestellt wurden, besonders die, welche die eigentümlichen Magendarmveränderungen erklären sollen. Doch sei auf das Original verwiesen. Tritt der Tod nach der Verbrennung innerhalb der ersten 3 Stunden ein, so ist als Ursache der Nervenchock, nicht die Giftwirkung anzusehen. Diese spielt auch bei dem sogenannten Spättod nach Verbrennung (14 bis 21 Tage) nur eine mittelbare Rolle, indem sie den Organismus so schwächt, daß er leicht anderen Infektionen erliegt.

Bennecke (Jena).

St. Weidenfeld und **L. von Zumbusch,** Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 76.) Auf Grund zahlreicher Beobachtungen gelangen die Verff. zu der Anschauung, daß der Tod bei schweren Verbrennungen durch die Gifte bewirkt wird, welche sich im erhitzten Gewebe bilden und vom Organismus aus der verbrannten Haut resorbiert werden. Wenn weniger als $^1/_7$ der Oberfläche verbrannt war, so erwiesen sich Abtragung des Brandschorfes und subkutane Infusionen als lebensrettend, falls nicht bereits bedrohliche Symptome bestanden. Erstreckt sich die Verbrennung über weniger als $^1/_3$ der Haut, so ist die Genesung bei sofortiger Abtragung und Infusion noch wahrscheinlich, noch möglich ist sie sogar bei Verbrennungen unter $^1/_2$ der Oberfläche, völlig machtlos bleibt hingegen jede Maßnahme, sobald mehr als die Hälfte des Körpers drittgradig verbrannt ist. Man gebe zuerst als Injektion oder innerlich alle Cardiaca: Koffein als Alkaloid oder Kaffeeinfus, Alkohol, Kampfer, Strophantus oder Digitalis. Man vermeide alle herzschädigenden

Substanzen, besonders Morphin, da diese den ungünstigen Ausgang beschleunigen, und gebe reichlich Getränke sowie Klysmen. Die Infusionen mit Kochsalzlösung werden mittels dünner Hohlnadeln, eines dreiteiligen Schlauches und sterilen Irrigators an drei verschiedenen, nicht verbrannten Hautstellen subkutan ausgeführt. Vom Wasserbett konnten die Verff. keine günstige Einwirkung beobachten.

Max Joseph (Berlin).

H. Steinheil (Stuttgart), Ausgebreitete Keloidbildung nach Verbrennung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.) Ein 3jähriger Knabe zog sich am unteren Teil des Rumpfes und an den Oberschenkeln intensive Verbrühungen zu, die aber nach ca. 2 Monaten unter Dermatollanonin glatt verheilt waren. Als S. den Patienten etwa 1 Jahr später wiedersah, hatten sich innerhalb der weißlichen Narbenfläche rötliche, sich derb anfühlende Gewebsmassen gebildet, die sich geschwulstartig, mit unregelmäßigen Fortsätzen hoch über der Umgebung erhoben.

Grätzer.

F. Bering, Zur Kenntnis der Hyperkeratosen. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 76. Heft 3.) Eingehende histologische Untersuchungen bestimmen den Verf., die Hyperkeratosis congenita und Ichthyosis für gleichartige, nur verschieden weit vorgeschrittene Prozesse zu halten. Bei beiden Erkrankungen spielen die Talgdrüsen, deren größere Menge die bedeutendere Dicke der Hornschicht bedingt, eine maßgebende Rolle. Die Haartrichter enthielten Hornmassen. Die Keratohyalinkörnchen der Hornsubstanz erwiesen sich als Abkömmlinge von Zellprotoplasma. Die Hornmassen bestanden aus Hornzellen, deren Peripherie allein verhornt war, während der Zellinhalt normal blieb, wie zahlreiche Verdauungsversuche ergaben. Es lag also bei der Hyperkeratosis congenita ebensowenig eine Verhornungsanomalie vor, wie etwa an der normalen Fußsohle. Verf. macht zur Veranschaulichung des hyperkeratotischen Bildes auf folgende Färbemethode aufmerksam: Kurze Zeit Färben in polychromer Methylenblaulösung, Abspülen erst in angesäuertem, dann in gewöhnlichem Wasser, Fixieren in 1%iger Lösung von rotem Blutlaugensalz, wieder Abspülen in angesäuertem und gewöhnlichem Wasser, Alkohol, Öl, Balsam. Die Zellen bei Hyperkeratosis erscheinen dunkel- bis hellblau bis violett, bei Ichthyosis hell oder dunkelblau, nie violett. Die violetten Zellen, welche das Anfangsstadium kennzeichnen, enthielten noch unversehrte Kerne, die hellblauen zeigten nur noch degenerierte, die dunkelblauen gar keine Kerne. Es bestand also nur ein gradueller Unterschied zwischen den Befunden bei Ichthyosis und Hyperkeratosis congen., welcher die scharfe Trennung der beiden Krankheitsbilder nicht völlig rechtfertigen kann.

Max Joseph (Berlin).

Josef Novak, Beitrag zur Kenntnis septischer Exantheme. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1905. Bd. 73.) Verf. berichtet über die akute Infektionserkrankung eines an schwerer chronischer Endocarditis leidenden 14jährigen Knaben. Nach häufig wiederkehrenden Schwellungen der unteren Extremitäten und vorhergehenden Diarrhöen erschienen auf dem ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, links

aber bedeutend stärker als rechts ausgeprägt, auf ödematöser, trockener, leicht geröteter Haut unregelmäßige große Flecke. Bei näherer Betrachtung zeigten sich diese zusammengesetzt aus dicht stehenden, im Hautniveau liegenden, auf Druck abblassenden, winzigen roten bis bräunlichen, von fast violettem Hofe umgebenen Knötchen. Die klinische Diagnose wurde auf Insufficientia et stenosis valv. mitral., Tumor hepat. et lienis, Nephritis, Sepsis, Lichen scarlatinif. sept. gestellt. Die Untersuchung post mortem ergab: Endocarditis chron. et reclus. ad valvulam mitralem et tricuspidalem, Concretio cordis cum pericardio, Hypertrophia cordis totius, Hyperaemia mechan. et Hydrops univers., Dermatitis erythem. Unter dem Mikroskop zeigten Nierenteilchen in den Epithelien der Tubuli contorti reichliche Fetttröpfchen, im Perikard bemerkte Knoten erwiesen sich als narbige, hyalin degenerierte Schwielen. Vom Herzblut kulturell Kolonien von Staphylococcus pyogen. alb., eine Kolonie eines nicht grambeständigen Fadenpilzes. Verf. spricht den Fall als ein scharlachähnliches septisches Exanthem an, ähnlich dem sogenannten septischen Scharlach in Wochenbetten. Max Joseph (Berlin).

Olimpio Cozzolino, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese des akuten Pemphigus bei Kindern. (Contributo ell' etiologie e patogenesi del pemphigo acuto nei bambini.) (Rivista di Clinica Pediatrica. VII. 1905.) Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle. Er steht auf dem Standpunkt, daß es sich beim akuten Pemphigus um eine akute fieberhafte Erkrankung handelt, wie bei Masern, Scharlach, Varicellen usw., wofür die Übertragbarkeit und Überimpfbarkeit, das Vorkommen mehr oder minder umschriebener Epidemien, das häufige Vorkommen von Fieber, das bisweilen beobachtete Anschwellen der regionären Drüsen, sowie einer Nephritis spreche. In dem einen Fall des Verf.s waren Blasen auch auf der Planta pedis, ein Beweis dafür, daß diese Lokalisation nicht absolut sicher für eine syphilitische Affektion spricht. Dem Staphylococcus aureus wird eine gewisse pathogenetische Bedeutung bei der Krankheit zugesprochen. F.

G. Kien, Über den nicht syphilitischen Pemphigus der Säuglinge. (Aus der Kinderklinik der Universität Straßburg.) (Med. Klinik. 1905. Nr. 56.) K. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Der akute Pemphigus muß zu den gefährlichsten Erkrankungen des Säuglingsalters gerechnet werden.
2. Der Pemphigus acutus idiopathicus der Säuglinge besitzt, sowohl im klinischen Bild, wie im Verlauf, in der Kontagiosität, wie im bakteriologischen Befund des Blaseninhalts und des Blutes, große Verwandtschaft mit dem Pemphigus der Neugeborenen.
3. Der Pemphigus symptomaticus der Säuglinge scheint ebenso übertragbar zu sein, wie der akute der Neugeborenen, und der bakteriologische Befund bei demselben ist der gleiche, wie bei jenem. Es dürfte aus diesem Grunde auch diese Pemphigusform zur akut kontagiösen Form in näherer Beziehung stehen. Grätzer.

Felix Malinowski, Über Hydroa vacciniformis. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1906. Bd. 78.) Verf.s Fall ist der einzige bisher

in Polen beobachtete. Er betraf einen 7jährigen Knaben, welchen er 2 Jahre lang verfolgen konnte. Charakteristisch ist das Auftreten der Eruptionen unmittelbar nach Einwirkung der Sonnenstrahlen auf unbedeckte Körperteile; typischer Verlauf des Ausschlages, papulo-vesicula, vesicula mit Delle und Blutergüssen, Kruste, pockenähnliche Narbe. Das anatomische Bild war das gleiche, wie es Mibelli beschrieben hat, eine diffuse primäre Entzündung mit Bildung von fibrinös-zelligem Exsudate, und diese Exsudation führt zur Bildung von vielkammerigen Bläschen. Die Therapie muß vor allem eine prophylaktische sein und den Kranken vor Sonnenstrahlen schützen.

Max Joseph (Berlin).

v. Marschalko, Über einen eigentümlichen Fall von zirkumskripter profuser Hauttalgsekretion. (Ein Beitrag zum Nerveneinfluß auf die Hauttalgabsonderung?) (Dermatolog. Zeitschr. Bd. 21. Heft 11.) Es liegt eine zirkumskripte profuse Hauttalgsekretion vor, die genau dem Innervationsgebiet des Nerv. supraorbit. entspricht. Daselbst Hypthermalgesie und Hyperalgesie. Am Margo supraorbitalis bei leisester Berührung heftigster Schmerz. Nach Entfernung der dicken Talgkruste wird an der Austrittsstelle des Nerv. supraorbit. eine Narbe sichtbar, die ca. 1 cm lang, 4 mm breit und auf Berührung enorm schmerzhaft ist. Spirituöse Waschungen, Schwefel- und Tanninpasten usw. waren ohne Wirkung auf die Talgsekretion, gegen die Schmerzen waren alle Antineuralgica erfolglos. Nach Resektion des Nerv. supraorbit. (es wurde nur ein Stück des Nerven gefunden, das im Knochen eingebettet lag, das andere Stück war wohl früher durch das Trauma degeneriert) ließen die Schmerzen und auch die Talgsekretion bedeutend nach, wenn sie auch nicht ganz aufhörten.

James O. Wentzel (Zittau).

Th. Kügler, Ein Fall von Impetigo herpetiformis bei einem Kinde von 18 Monaten. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1905. Nr. 47.) Die sonst meist bei Schwangeren beobachtete Affektion nahm Hodensack, Penis und Inguinalgegend ein, verbreitete sich dann auf Abdomen und Oberschenkel. Das Kind hatte hohes Fieber und sehr schlechtes Allgemeinbefinden und starb nach kurzer Zeit.

Grätzer.

H. Voerner, Über Prurigo haemorrhagica. (Aus der mediz. Poliklinik zu Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.) V. berichtet über eine diesbezügliche Beobachtung wie folgt:

Vor einiger Zeit kam in meine Behandlung ein Kind von 4 Jahren mit einem stark juckenden Ausschlage, von welchem die Mutter behauptete, daß derselbe bereits im ersten Lebensjahre aufgetreten sei.

Der Ausschlag bestand, wie sich bei der Untersuchung zeigte, einmal aus zahlreichen punktförmigen Blutkrüstchen von frischer und älterer Farbe. Dieselben waren fast durchgängig von einem blutfarbenen Hofe umgeben, der auf Fingerdruck keine Nuance verlor. Seltener bemerkte man einige wenig oder gar nicht zerkratzte Knötchen, die kaum aus dem Hautniveau hervorragen und derbe Konsistenz zeigen. Die Farbe derselben ist dunkelrot, sie besitzen zumeist einen hämorrhagischen, auf Druck nicht abblassenden Halo von durchschnittlich 1/2 bis 1 cm Durchmesser. Dazwischen finden sich auch gelegentlich stark vorspringende derbe Quaddeln von auffallend dunkelroter Farbe, die sich ebenfalls nicht völlig wegdrücken, sondern einen hämorrhagischen Ton erkennen ließen.

Die Veränderung hatte ihren Sitz im wesentlichen an der Streckseite der Ober- und Unterextremitäten. Die meisten Effloreszenzen saßen an der Vorderfläche des Unterschenkels, nächstdem waren die Oberschenkel, die Hüftgegend, die Vorder- und Oberarme befallen. Die Kniekehlen und Ellenbeugen waren vollkommen frei und stachen durch ihre normal blasse Farbe auffallend von den veränderten Partien der übrigen Extremitäten ab. An den Händen und Füßen waren die Flächen vollkommen frei, während der Rücken derselben vereinzelte erkrankte Punkte zeigte. Weiterhin war Gesicht und übriger Kopf frei, am Stamme fanden sich nur wenige belanglose Kratzaffekte.

Es handelte sich hier zweifellos um Prurigo mit Hämorrhagien, die sich eben nur an die Prurigoeffloreszenzen hielten; ein bestimmter Anhaltspunkt für die Ursache dieser Hämorrhagien ließ sich nicht finden.

Therapie: Eichenrindenbäder und Einreibungen mit Ung. sulfuratum mite, intern Calc. phosphoricum. Die Affektion verschwand, unter Hinterlassung von Pigmentationen, in 8 Tagen, kehrte aber in der Folgezeit anfallsweise wieder, d. h. es trat hier Prurigo ohne Hämorrhagien auf, der durch die gleiche Therapie immer wieder rasch zum Verschwinden gebracht wurde. Grätzer.

Engel, Zur Kenntnis der Urticaria pigmentosa. (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 43. Heft 1—4.) Die seltene Erkrankung wird durch Mitteilung der Krankengeschichte eines Neugeborenen illustriert. Das erheblich nicht belastete normale Kind zeigt einen angeborenen urticariaähnlichen Ausschlag. Die Plaques persistieren, jucken nicht und nehmen allmählich eine bräunliche Färbung an. Während die Gesamtheit der Haut keine besondere vasomotorische Reizbarkeit erkennen läßt, treten im Bereiche der erkrankten Partien von Zeit zu Zeit immer neue urticarielle Phänomene auf. Das anatomische Substrat der Effloreszenzen ist eine dichte Ansammlung von Mastzellen im verbreiterten Kapillarkörper mit anschließender Infiltration der Cutis, deren bindegewebige Bestandteile dabei weitgehend rarefiziert werden. In den basalen Epithelzellen über den Mastzellanhäufungen ist melanotisches Pigment eingelagert, jedoch nicht immer. Hecker.

J. Kučera, Ein Fall von Urticaria auf Grund psychischer Störung. (Wiener med. Presse. 1905. Nr. 47.) Ein 13 jähriges, sonst ganz gesundes Mädchen wurde von einem Insekt in die Fingerbeere des rechten Mittelfingers gestochen. Es empfand sofort einen heftigen Schmerz und wurde von großer Sorge erfüllt, da es gehört hatte, daß Insektenstiche öfters zu einer Blutvergiftung führen. Es entwickelte sich unmittelbar darauf eine Urticaria zunächst im Gesicht, und das Mädchen eilte sofort zu K., der verstörten Gesichtsausdruck, Pulsbeschleunigung und die Urticaria konstatierte, welch letztere unter seinen Augen sich rasch über Hals, Brust, Extremitäten ausbreitete, während die gestochene Hand ganz normal blieb und der Stich kaum mehr sichtbar war.

K. faßte die Affektion als durch den Angstwahn hervorgebrachte Angioneurose auf und suchte auf die Patientin psychisch einzuwirken. Durch diese Suggestionsbehandlung wurde erreicht, daß das Leiden schon nach einer Stunde völlig verschwunden war. Grätzer.

Nicola Fede, Beitrag zu einer operationslosen Behandlungsweise der Angiome im Kindesalter. (Rivista di Clinica Pediatrica. August 1905.) Verf. hat in zwei Fällen — einem Angiom auf der Stirn und einem auf einer großen Schamlippe — ein von Frallini empfohlenes und in Vergessenheit geratenes Mittel angewandt, das darin besteht, daß Sublimatkollodium (Collodium elasticum 50,0, Sublimat corrosiv. 3,0) auf das Angiom — eventuell nachdem dasselbe bedeckende Haare abgeschnitten sind — mit einem feinen Haarpinsel aufgetragen wird, wobei man sich zu hüten hat, daß man die Ränder des Angioms nicht überschreitet. Nachdem das Kollodium eingetrocknet ist, pinselt man eine neue Schicht darauf und wiederholt dies in einer Sitzung im ganzen 3—4 mal, bis man das Angiom unter der schmutzigweißen Kollodiumschicht nicht mehr sieht, und bedeckt das Ganze, damit es nicht abgekratzt wird, mit Watte. Dies wird alle 3 Tage wiederholt, bis der Schorf abfällt und eine blutende Stelle zurückbleibt, die mit Sublimatlösung gewaschen und mit Xeroform bepudert wird. Der Erfolg soll in jedem Fall sicher sein; es bleibt eine glatte weiße Narbe. F.

Broers, Angiom am Kopfe. (Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 756.) In der Niederl. Gesellschaft für Dermatologen berichtet B. über einen Fall von plötzlichem Tod nach Anwendung von Radiumbromid. Es handelte sich um ein Kind von 2 Monaten, bei welchem ein Angiom am Kopfe von etwa 1 cm Durchmesser behandelt wurde mit 10 mg Radiumbromid. Die Anwendung dauerte 1 Stunde; nach einer Woche hatte sich ein Schorf gebildet und wurde wieder 1 Stunde bestrahlt. Am nächstfolgenden Morgen wurde das Kind tot im Bett gefunden, ohne daß eine Ursache für diesen plötzlichen Tod konstatiert werden konnte. In dieser Sitzung wurde deshalb vor der Anwendung des Radiumbromids auf Stellen in der Nähe des Gehirns gewarnt. Graanboom (Amsterdam).

Giovannini, Über einen Fall universeller Alopecia areata in Verbindung mit Mycosis fungoides. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1906. Bd. 78.) Bei dem 13 jährigen Mädchen trat wenige Tage nach einer Influenza eine Alopecia areata auf, welche bald universell wurde. Beinahe 6 Monate nach dem Anfange der Alopecie begannen die ersten Erscheinungen der Mycosis fungoides. Ungewöhnlich ist an diesem Falle nicht nur das Zusammentreffen der beiden Affektionen, sondern auch der Beginn der Mycosis in einem Alter von nur 14 Jahren. Sowohl in der anscheinend gesunden Haut der allgemeinen Alopecie als auch in jener mit prämycotischen Läsionen kam als histologische Hauptveränderung eine wesentlich identische zellige Infiltration vor. Merkwürdigerweise fand ferner in den prämycotischen Eruptionen eine Umbildung der Talgdrüsen und Zysten statt und es traten nach dem Verschwinden der Eruptionen selbst Milien auf.

Max Joseph (Berlin).

Kromayer, Resultate der Lichtbehandlung bei Alopecia areata. (Mon. f. prakt. Dermat. 1. Juli 1905.) Verf. berichtet über 33 Fälle von Alopecia areata, welche er mit kaltem Eisenlicht be-

handelt hat. Er teilt dieselben in zwei Gruppen ein, von denen die erste leichtere Fälle umfaßt, bei denen weniger als die Hälfte des Kopfes kahl ist, während die zweite alle totalen Alopecien und die mit einer Ausdehnung über mehr als die Hälfte des Kopfes einbegreift. Die Belichtungen mit kaltem Eisenlicht finden im Gegensatz zu der Finsenbehandlung ohne Drucklinse statt, der Abstand der Elektrode von der Haut variiert zwischen 4 und 10 cm. Die Zeit, die für die Belichtung nötig ist, um die gewünschte entzündliche Reaktion zu zeigen, variiert von einer halben Minute bis zu zehn und darüber. Ist überall eine intensive zur Blasenbildung leicht neigende Entzündung erzielt, so wird die Belichtung ausgesetzt, bis die Entzündung zurückgegangen ist. Bei Zusammenfassung der Resultate stehen 28 Erfolgen 5 Mißerfolge gegenüber, also etwa 15 %. Bei alleiniger Berücksichtigung der leichteren Fälle ist kein Mißerfolg zu verzeichnen, während dann freilich bei der Gruppe II die Mißerfolge auf 25 % steigen, 5 Mißerfolge zu 15 Erfolgen. Max Joseph (Berlin).

Menahem Hodara, Über die Behandlung der Krätze. (Mon. f. prakt. Dermat. Nr. 6. 15. März 1905.) Bei einer Krätzeepidemie in Konstantinopel erprobte Verf. folgende Salbe als besonders erfolgreich: Axung. porci. Ol oliv. āā 100,0, Sulf. Naphtol β, Bals. peruv. Cret. praepar. āā 20,0, Essence de violette als aromatischer Zusatz. Brennen an empfindlichen Hautstellen nach Einreibung der Salbe beseitigt man durch Olivenöl, verbiete aber Seifenbäder während der Behandlung wegen des unnötigen Hautreizes. Erst nach vollendeter Kur verordne man ein Reinigungsbad. Bei kleinen Kindern verdünne man die Salbe mit 100,0—200,0 Ol. oliv. Mit der Skabies einhergehende Impetigo, Ecthyma, Folliculitis oder Ekzeme behandle man lokal mit Vaselin 5,0, Lanolin 15,0, Glyzerin 5,0, Sulf. 5,0, Sach. 10,0, Zinc. oxyd. 10,0, Menthol 0,1. Max Joseph (Berlin).

Dreuw, Euguform bei Hautkrankheiten. (Mon. f. prakt. Dermat. 1905. Nr. 6.) Zu verschiedenen Heilzwecken erprobte Verf. das Euguform mit gutem Erfolge. Es eignete sich bei allen ulzerösen Prozessen zum Ersatz für Jodoform und führte selbst bei nicht zur Überhäutung neigenden Geschwüren bald zu neuer Epithelbildung. Gegen papulöse und pruriginöse Ekzeme bewährte sich neben 5 bis 10 %iger Salbe folgende Medikation: Euguform 4,0, Zinci oxidat. 6,0, Terr. silic. 2,0, Adip. benzoati 28,0. Ausgezeichnet erwies sich das Euguformpulver zur Vorbereitung von Herden des Lupus exulcerans für die spätere Behandlung, aber auch zur Nachbehandlung von zuvor vereistem und mit Salzsäure geätztem Lupus. Hierbei stellte sich als besonders zuträglich heraus, daß das Euguform fest an der Unterlage haftete, die Schmerzen linderte und die Borkenbildung schneller als jedes andere Mittel beförderte. Max Joseph (Berlin).

H. Vörner, Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrofuloderma und der Furunculosis. (Aus der med. Poliklinik in Leipzig.) (Münch. med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) Skrofulodermen heilen ja auch spontan, bedürfen hierzu aber einiger Zeit und führen gewöhnlich zu

erheblicher Narbenbildung. Die Karbolbehandlung beschleunigt die Heilung und verhindert eine größere Entstellung. Die Herde werden bis zu 8 Tagen hintereinander täglich einmal touchiert, das abgestorbene Gewebe eventuell mit scharfem Löffel ausgehoben. Zur Betupfung benutzt V. eine konzentrierte Auflösung von reiner kristallisierter Karbolsäure in absolutem oder rektifiz. Alkohol (wirksamer als Acid. carbolic. liquef.), hierauf einen indifferenten Salbenverband.

Wichtiger noch ist die Karbolbehandlung für die Furunkulose. V. unterscheidet zwischen unerweichten und mehr oder weniger fluktuierenden Knoten, zwischen kleineren und größeren. Bei unerweichten kleineren Furunkeln genügt eine zentrale Betupfung. Bei größeren macht V. mit einer feinen Nadel oder Sonde so tief als möglich die Ätzung der zentral gelegenen Haarbälge bzw. Talgdrüsenöffnungen. Ist ein zentraler Kanal auffindbar, so wird in denselben so tief als möglich das Medikament mit einem der Dicke des Kanals entsprechenden Instrumente hineingebracht. Bei erweichten Knoten wird die natürliche Öffnung benutzt oder durch Einstich eine solche geschaffen. Touchierung einmal täglich. Oft genügt eine einzige, manchmal muß man die Betupfungen mehrere Tage wiederholen (bis zu 8 Tagen, je nach Größe). Im übrigen werden am 1. und 2. Tage, namentlich bei erheblicher Schwellung, Umschläge verordnet, dann eine indifferente Salbe (Bor, Arg. nitr.) verwendet. Pflaster nicht empfehlenswert! Vielfach gar kein Verband nötig. Auch wenn sehr viele Furunkel vorhanden waren, erfolgte Heilung nach mehrtägiger Behandlung. Diese bewährte sich auch bei der Furunkulosis der Säuglinge (5 Fälle). Es wurden sofort sämtliche Knoten touchiert, worauf bereits am folgenden Tage $^1/_4$—$^2/_3$ derselben zurückgingen; am dritten Tage wurden die hartnäckigen inzidiert und die Höhle touchiert. Heilung in 6—11 Tagen. Bei kleineren Furunkeln reicht im allgemeinen eine Betupfung aus, bei größeren ist Wiederholung an den nächsten Tagen nötig. V. hat noch von keiner Behandlung so günstige Resultate gesehen.

Grätzer.

Schmidt, Die Röntgenbehandlung der Psoriasis und des Ekzems. (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. 10. Heft 3.) Die Vorteile, welche die Röntgentherapie der Psoriasis und des Ekzems gegenüber der medikamentösen Behandlung bietet, präzisiert der Verf. folgendermaßen. Die Röntgenbehandlung ist für den Pat. bequemer, da sie die lästige und bespielsweise an den Händen ohne Berufsstörung überhaupt schwer durchführbare Salbenbehandlung überflüssig macht. Sie führt weiter die Heilung in kürzerer Zeit herbei und wirkt auch in veralteten und hartnäckigen Fällen prompt und sicher, in denen andere Methoden versagt haben. Nachteile bietet die Methode nicht, vorausgesetzt, daß der Arzt die nötige Übung und Erfahrung besitzt und mit der größten Vorsicht zu Werke geht. Rezidive sind natürlich unter dieser Behandlung ebensowenig zu vermeiden wie bei anderen Methoden.

Freyhan (Berlin).

Suchier, Weitere Mitteilungen über den Wert der statischen Elektrizität für die Behandlung parasitärer Derma-

tosen. (Dermatolog. Zeitschr. Bd. 12. Heft 11.) Verf. hat die von ihm bereits 1904 veröffentlichte Methode mit der statischen Elektrizität (bei Lupus erythematosus und vulgaris 1904) nun auch für andere parasitäre Dermatosen (zu denen er auch die Karzinomatosen rechnet, wie er ausführlich begründet) versucht. Wesentlich für den Erfolg ist die Stromstärke. Die Elektrodenspitzen werden mit einem kleinen Kegel von weichem Holze oder Kork armiert. (Die Elektrodenspitze kann auch mit einem kleinen Glaskegel versehen sein, der vorn mit Stanniol überzogen ist.) Das Material muß vollständig trocken und von homogener Beschaffenheit sein, da bei der geringsten Feuchtigkeit die Elektrizität nicht als Funkenbündel, sondern als Glimmlicht (blaue Flamme) überströmt. Ferner dürfen die beiden Pole nicht zu weit voneinander entfernt sein. Erfolge will S. bei je einem Eczema chronic. und Mycosis fungoides, sowie mehreren Fällen von Hautkarzinom erzielt haben. James O. Wentzel (Zittau).

Max Joseph (Berlin), Über Pittylen, ein neues Teerpräparat. (Dermatolog. Zentralblatt. Jahrg. 9. Heft 3.) Pittylen (früher Eupicin genannt) ist ein Kondensationsprodukt des Nadelholzteers mit Formaldehyd von der Firma Lingner (Dresden).

Die Indikationen sind zum größten Teile die des Teers. Es zeichnet sich aus durch möglichste Reiz- und Geruchlosigkeit.

J. hat es an Hunderten von Fällen in seiner Poliklinik einer eingehenden therapeutischen Untersuchung unterworfen. Bei impetizinösen Ekzemen der Kinder empfiehlt J. 2—10 % Pasten oder 10 % Schüttelmixturen

Pittylen 5—10,0
Zinc. oxyd.
Amyl. āā 20,0
Glyzerin 30,0
Aq. dest. ad 100,0.

Bei hartnäckigem tylotischem Ekzem, chronischem lokalisiertem Nagelekzem, Keratom der Handteller und Fußsohlen, Lichen chron. simpl. wurden 10—60 % Pittylenparaplaste verwendet, die sich besser bewährten als Trikotplaste (Paraplaste sind bekanntlich Pflaster, die als Unterlage ein dünnes Baumwollgewebe haben, das einseitig gummiert ist und ein der Hautfarbe ähnliches Aussehen hat. Ref.).

Selbst Lichen ruber verruc. und ein Fall von Porokeratosis, der bisher allen Medikationen getrotzt hatte, zeigten erhebliche Besserung.

Für Pityriasis rosea und Eczema seborrh. corpor. zeigte sich 8 % Pittylen-Azeton wirksam (2mal täglich eingepinselt und 3mal wöchentlich ein Bad mit Pittylenseife). Bei Pityriasis versicolor, chron. urticariellen Prozessen und Strophulus infant. wurde 8 % spirituöse Pittylenlösung, bei Herpes tonsur. vesiculos. 5—10 % Pittylenkollodium verwendet.

Acne vulgaris wurde mit Pittylenseife behandelt. Die Seife wurde eingeschäumt und auf der Haut verrieben, mehrmals täglich 5—13 Minuten, bei hartnäckigen Fällen flüssige Pittylenseife. Bekämpfung der Entzündung mit indifferenten Salben.

James O. Wentzel (Zittau).

J. Bernheim-Karrer, Beitrag zur Kenntnis der Ekzemtodesfälle. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 6.) Zwei Fälle von plötzlich gestorbenen Ekzemkindern, von denen der eine post mortem Staphylokokken im Blute nachweisen ließ, der andere endokarditische Veränderungen zeigte. Letzterer mahnt dazu, dem Herzen bei Ekzemkindern größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Hecker (München).

Lesné (Paris), Traitement par le babeurre de certaines toxidermites de l'enfance (strophulus et eczéma). (Archives de méd. de l'enfance. 1906. Nr. 1.) Ausgehend von der mehrfach vertretenen Lehre, daß verschiedene Hautkrankheiten der Kindheit, und in erster Linie Strophulus und Ekzeme auf einer Autointoxikation, hervorgerufen durch eine fehlerhafte oder infizierte Nahrung, beruhen, hat L. in der Behandlung dieser Affektionen sein Hauptaugenmerk auf die Regelung der Diät gerichtet und zu diesem Behufe die Milchnahrung vollkommen ab- und durch Buttermilch ersetzen lassen. Die Resultate waren bei allen an den erwähnten Krankheiten leidenden Kindern, deren Krankengeschichten (13) im Auszuge mitgeteilt werden, sehr gute; außer dem Einflusse auf den Hautprozeß beobachtet man auch eine Regelung der Stuhlentleerung und der Verdauung im allgemeinen.

Lokal werden bei Ekzemen Waschungen mit einfachem warmen Wasser oder verschiedenen Abkochungen, bzw. feuchte Umschläge empfohlen. Besteht keine Hautinfektion oder ist die feuchte Behandlung nicht gut durchführbar, so empfiehlt es sich, die kranken Stellen reichlich mit einem Pulver, bestehend aus: Talcum, Bismuthum subnitr. āā 2 Teile, Zincum oxydatum 1 Teil, zu bestreuen. Ref. würde statt des salpeters. Bismuts das viel wirksamere Xeroform empfehlen.

Bei Strophulus sind ebenfalls warme Waschungen von Vorteil, und falls starkes Jucken besteht, so wird dasselbe durch Lösungen von Chloral oder Karbolsäure 1:1000, oder von Menthol 1:1000 mit nachfolgender Einstreuung eines indifferenten Pulvers, gemildert.

Die von L. benützte Buttermilch wurde aus frischer Milch gewonnen, sterilisiert, derselben ein Löffel Mehl und 80—90 g Zucker hinzugefügt, dann einige Minuten unter fortwährendem Umrühren gekocht und kleinen Kindern mit der Saugflasche eingegeben.

Der günstige Einfluß der Buttermilch ist komplexer Natur, doch beruht derselbe hauptsächlich auf einer Verminderung der intestinalen Gärungen; in dieser Beziehung ist dieselbe den gewöhnlich benützten Darmantisepticis bei weitem überlegen.

E. Toff (Braila).

Risel, Körpergewichte und Milchdiät bei scharlachkranken Kindern. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 2—4.) Um festzustellen, wie weit die beim Scharlach prophylaktisch gegen das Eintreten einer Nephritis für die ersten 3 Wochen empfohlene reine Milchdiät genügt, um Kinder vor allzu großen Substanzverlusten zu bewahren, hat Verf. die scharlachkranken Kinder seiner Abteilung genauen Wägungen unterzogen. Es ergab sich, daß die vielfach gegen die Milchdiät erhobenen Einwände ungerechtfertigt sind. Denn bei nur einigermaßen günstig verlaufendem Scharlach werden von Kindern

die anfänglichen Gewichtsverluste in der Rekonvaleszenz durch Gewichtsansatz weit überholt; letzterer setzt sogar schon in den meisten Fällen während der Milchdiät ein. Freyhan (Berlin).

H. Pater (Paris), Action du régime achloruré sur les variations de poids au cours de la scarlatine. (La presse médicale. 1906. Nr. 40.) Der Verf. hat in der Spitalsabteilung von Guinon Untersuchungen über den Einfluß der salzlosen Nahrung auf Skarlatinöse gemacht und ist zu folgenden Schlüssen gelangt.

Die salzlose Ernährung ist bei Scharlach von Vorteil, dieselbe wird gut vertragen und wird von den Kindern der reinen Milchdiät vorgezogen, indem sie auf diese Weise verschiedene Nahrungsmittel zu sich nehmen können. Sowie man mit diesem Regime beginnt, bemerkt man ein Ansteigen des Körpergewichts. Die Rekonvaleszenz wird auf diese Weise abgekürzt und dem Entwickeln einer Nephritis vorgebeugt. Falls bereits Albuminurie besteht, so verschwindet dieselbe, um nicht wieder zu erscheinen.

Man beginnt mit dieser Ernährung, sowie das Fieber verschwunden ist, und besteht dieselbe hauptsächlich aus nicht gesalzenem Brote, Milchspeisen, Mehlspeisen und $^1/_2$ Liter Milch als Getränk.

E. Toff (Braila).

Gabryczewski, Antiskarlatinöser Impfstoff und die Spezifizität des Streptokokkus der Skarlatina. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 16.) Wenn auch öfters der Streptokokkus bei der skarlatinösen Angina und post mortem fast immer im Blute und inneren Organen nachzuweisen ist, so ist die Frage, ob er Ursache der Skarlatina ist, nicht entschieden. Verf. glaubt, daß der Streptokokkus in jedem Falle eine große Rolle bei der Erkrankung an Skarlatina spielt, und wenn auch seine Spezifizität noch nicht endgültig entschieden ist, so sprechen viele Umstände, nicht zum geringsten der günstige Einfluß des Moserschen Serums, für den Streptokokkus als Ursache der Erkrankung.

Ende 1904 begann G. seine Untersuchungen über die Streptokokkenkulturen zuerst bei der Pferdedruse (adenitis s. morbus glandulosus s. coryza glandulosa epizootica equorum), einem durch den Streptokokkus hervorgerufenen, der Skarlatina ähnlichem Krankheitsbilde.

Bouillonkulturen dieses Streptokokkus, zehnfach kondensiert unter Zugabe von 0,5 $^0/_0$ Karbolsäure, dienten dem Verf. als Impfstoff. Bei über 100 Pferden wurde durch diesen Impfstoff Immunität gegen die Drusenkrankheit erzielt. Darauf hin hat Verf. Versuche begonnen mit einem antiskarlatinösen Impfstoff, hergestellt durch Erhitzen konzentrierter Streptokokkenkulturen bis 60° C. unter Zugabe von 0,5 $^0/_0$ Karbolsäure. Die erste Injektion nahm G. bei sich selbst vor, die nächsten bei Kindern. Der Impfstoff wird in der Menge von 0,5 ccm unter der Bauchhaut eingespritzt; weitere Injektionen geschehen in 7—10 tägigen Intervallen, steigend jedesmal um 1 $^1/_2$—2 mal, je nach der Reaktion; dieselbe soll die Temperaturerhöhung von 39° C. nicht übersteigen. Kindern bis zu 2 Jahren rät Verf. die halbe, Erwachsenen die doppelte Dosis einzuimpfen. So wurden an 700 Kinder ver-

schiedenen Alters behandelt. Verf. ist von einem günstigen Einfluß des Mittels als Prophylaktikum überzeugt.

Bei manchen Kindern kam ein dem skarlatinösen ähnlicher Ausschlag zum Vorschein, unter gleichzeitiger Temperaturerhöhung auf 38° C. Das Erythem dauerte 1—3 Tage, manchmal gesellten sich Halsschmerzen und Erbrechen hinzu, Symptome, die auf Skarlatina hinweisen dürften.

Die verschiedene Widerstandsfähigkeit ist Ursache, warum in manchen Fällen bloß ein Exanthem, in anderen Erbrechen und Halsschmerzen, in anderen hingegen gar keine Reaktion zu konstatieren war.

Gabel (Lemberg).

P. V. Jezierski, Über transitorische Geistesstörungen bei Kindern nach Scharlach. (Aus der mediz. Klinik in Zürich.) (Mediz. Klinik. 1905. Nr. 50.) Drei erblich nicht belastete Kinder im Alter von 7, $3^1/_2$ und 5 Jahren erkrankten im Anschluß an Scharlach im Stadium der Rekonvaleszenz mit Symptomen akuter geistiger Störungen, die nach einigen Tagen zum Teil völlig verschwanden, zum Teil aber spurenweise noch erhalten blieben. Der erste Fall mit dem Grundzug der Ruhe, der Depression, stand für sich allein da, die beiden anderen berührten sich vielfach, und in beiden überwog der Charakter der Unruhe und Erregung. Die erste Form entsprach dem Bilde der Stupidität, die beiden anderen den Erregungszuständen; alle drei entfielen auf diejenigen klinischen Formen, welche Kräpelin als „infektiöse Schwächezustände" bezeichnet. Die Behandlung bestand in reizloser, forcierter Ernährung, täglichen Bädern von 35° bis 15 Minuten lang, in dauernder Überwachung und Beschäftigung mit den Patienten, im Zureden und Ermahnen.

Von Psychosen nach Scharlach bei Kindern wurden bisher etwa 20 Fälle beobachtet. Die meisten davon entfielen auf die Zeit des initial- oder intraskarlatinösen Stadiums, nur fünf auf das Stadium der Rekonvaleszenz, wie obige drei Fälle.

Grätzer.

W. Lange, Akute Empyeme der Nebenhöhlen der Nase nach Scharlach. (Aus der Kinderklinik und Ohrenklinik der kgl. Charité in Berlin.) (Mediz. Klinik. 19. August 1906.) L. hatte Gelegenheit, sechs Fälle von akuten Nebenhöhlenempyemen nach Scharlach bei Kindern von $2^1/_2$—6 Jahren zu beobachten. Er schildert dieselben eingehend und läßt dieser Schilderung eine längere epikritische Besprechung folgen, die der Wichtigkeit des Gegenstandes wegen wörtlich wiedergegeben werden soll.

„In den sechs Fällen handelte es sich also einmal um eine manifeste Erkrankung der rechten Kieferhöhle. Ein Durchbruch nach außen führte zu einem Abszeß auf der Wange. Nach Spaltung dieses Abszesses und Erweiterung der Fistel nach der Kieferhöhle ging der Prozeß zurück, ohne daß ein besonderer operativer Eingriff nötig gewesen wäre. Die übrigen Fälle betrafen die Siebbeinlabyrinthe und Stirnhöhlen und machten Eingriffe nötig, wie sie bei Erwachsenen ausgeführt werden. Die Erklärung für die größere Häufigkeit letztgenannter Höhlen ist wohl in den anatomischen Verhältnissen zu suchen. Aus der Kieferhöhle entleert sich vermöge

ihrer einfachen Form und geringen Größe in diesem Lebensalter der Eiter leichter durch die natürliche Öffnung in die Nase. In den schon in der Anlage komplizierter gestalteten Siebbeinzellen und Stirnhöhlen kommt es eher zu Retentionen und Durchbruch nach der Nachbarschaft. Inwieweit in den beobachteten Fällen die Keilbeinhöhlen an der Erkrankung beteiligt waren, ist nicht festgestellt worden. Die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der Miterkrankung ist besonders in Fall 1 gegeben. Systematisch eröffnet ist die Keilbeinhöhle in keinem Falle. Durch klinische Untersuchung und Beobachtung eine genaue Diagnose auf Keilbeinhöhleneiterung zu stellen, dürfte bei schwerkranken Kindern in dem Alter überhaupt recht schwierig sein. Soviel ist aber sicher, daß jetzt bei den fünf nachuntersuchten Kindern kein Anhaltspunkt für eine chronische Keilbeinhöhleneiterung vorhanden ist.

Die Erkrankung war in allen Fällen schwer. Der lokale Prozeß bestand nicht nur in einer hochgradigen Entzündung der Schleimhaut, sondern auch in Erkrankung des Knochens. Es war zu ausgedehnter kariöser Zerstörung, teilweise mit Bildung größerer Sequester gekommen, ganz ähnlich wie wir es bei den Mittelohreiterungen nach Scharlach zu sehen gewohnt sind.

Das klinische Bild des Nebenhöhlenempyems als Komplikation des Scharlachs war nur in Fall 2 und allenfalls in Fall 6 rein, da sonst keine Erscheinungen bestanden, auf die das Wiederansteigen des Fiebers zurückgeführt werden konnte. Die übrigen Fälle waren außerdem durch Drüsenabszesse und schwere Mittelohreiterungen kompliziert. Wir sehen an Fall 2 und 6, daß es ebenso wie es Preysing schildert, nach anfänglicher Entfieberung unter Entwicklung der lokalen Symptome wieder Fieber auftritt, das erst nach ausgiebiger Eröffnung des lokalisierten Eiterherdes wieder zurückgeht.

Die Therapie war in allen Fällen durch den Befund gegeben. Im Falle 3 genügte eine ausgiebige Inzision mit Auskratzung des Abszesses und Erweiterung der Fistel in der Kieferhöhle. Die einfachen anatomischen Verhältnisse der erkrankten Höhle geben dafür die Erklärung. Die Erkrankung der Stirnhöhlen, der Siebbeinzellen und die davon ausgegangenen Orbitalabszesse machten nicht nur eine Eröffnung von außen nötig, sondern sie erforderten auch die Herstellung einer freien Kommunikation nach der Nase zu gemäß den Grundsätzen, nach denen wir bei der Operation akuter Empyeme Erwachsener verfahren. Die mangelnde oder ungenügende Kommunikation rächte sich im Falle 1, 5 und 6; erst erneute gründliche Operationen brachten Heilung. Im Falle 2 heilte das Empyem auch ohne diese Kommunikation aus, da es aber abgeschlossen war, so ist das erklärlich. Der Versuch, die Hautwunde sofort wenigstens zum Teil zu schließen, um das kosmetische Resultat zu verbessern, scheiterte; es kam immer zu einer erheblichen entzündlichen Reizung und Schwellung der Wundränder, und die Klammern mußten entfernt werden. Die Heilung per secundam hat aber in keinem Falle eine auffällige Entstellung zur Folge gehabt. Die Narben sind schmal, blaß und liegen im Niveau der Haut.

Fall 1—4 und 6 sind als geheilt zu betrachten; sie sind völlig

beschwerdefrei, Naseneiterung besteht bei keinem. Die chronische Rhinitis im Fall 1 beruht wahrscheinlich auf der Hypertrophie der Rachenmandel; der Erfolg ihrer Entfernung bleibt abzuwarten. Das Kieferhöhlenempyem (3.) scheint allerdings eine etwas stärkere Reizbarkeit der Nasenschleimhaut zurückgelassen zu haben; eine anatomische Grundlage dafür konnte aber nicht gefunden werden.

Die Ähnlichkeit im lokalen Befund und in der Zeit des Auftretens weisen darauf hin, daß wir die Nebenhöhlenempyeme und Mittelohreiterungen als Komplikationen gleicher Pathogenese anzusehen haben. Auch die Nebenhöhlenempyeme kommen nicht durch Weiterkriechen eines destruktiven Prozesses vom Nasenrachenraume aus zustande, in keinem der Fälle wird eine schwere Scharlachdiphtherie notiert, die zu ausgedehnten Nekrosen im Nasenrachenraume geführt hatte.

Dagegen bestand in vier Fällen (1, 3, 4 und 5) eine teilweise sehr profuse Naseneiterung; im Falle 2 fehlte sie; auch in Fall 6, der überhaupt einen weniger stürmischen Verlauf zeigt, ist sie nicht auffallend gewesen. Die Zahl der Beobachtungen ist zu gering, um entscheiden zu können, ob in allen Fällen primär eine Naseneiterung vorhanden ist oder ob die Naseneiterung nur ein Symptom der bestehenden Nebenhöhlenerkrankung ist.

Nicht jede Mittelohreiterung nach Scharlach führt zu schweren Veränderungen, die einen sofortigen operativen Eingriff nötig machen. Viele heilen ab, viele werden chronisch. Ebenso können wir annehmen, daß nur ein Teil der Nebenhöhlenempyeme so verläuft, wie die beschriebenen. Infolge der einfachen Konfiguration der Nebenhöhlen im Kindesalter ist die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung günstiger als bei Erwachsenen. Vielleicht ist die Mehrzahl der Naseneiterungen bei Scharlach auf Nebenhöhlenempyeme zurückzuführen; vielleicht auch ist manche Störung der Rekonvaleszenz dadurch bedingt. Systematische Untersuchungen darüber fehlen noch.

Eine Stütze finden diese Vermutungen in den Sektionsbefunden der Nebenhöhlen bei Scharlachkindern. Moritz Wolff fand bei zwei Fällen von Scharlach und drei Fällen von Scharlachdiphtherie meist die Kieferhöhle, einmal auch die Keilbeinhöhle in mehr oder minder hohem Grade entzündlich verändert. Wertheim hat bei Sektion von zwei Fällen einmal die Kieferhöhle erkrankt gefunden. Scholle berichtet über zwei Kinder, von denen eins an otitischer Meningitis, das andere an Pyämie und Meningitis gestorben war; bei beiden enthielt die rechte Stirnhöhle dicken Eiter; auch die Knochenwände waren miterkrankt, zum Teil nekrotisch geworden.

Wird durch weitere systematische klinische und anatomische Beobachtung bestätigt, daß die akuten Erkrankungen der Nebenhöhlen tatsächlich bei Scharlach nicht selten sind, so müssen wir auch dem Scharlach für die Ätiologie der chronischen Empyeme eine größere Beachtung schenken. Wir werden ebenso wie bei chronischen Mittelohreiterungen immer nach Scharlach in der Anamnese suchen müssen. Ausdrücklich erwähnt habe ich es nur bei Grünwald und Killian gefunden, daß ein chronisches Empyem mit Sicherheit auf Scharlach zurückgeführt werden konnte.

Soviel ergibt sich meines Erachtens schon jetzt für die Praxis, daß man den akuten Empyemen der Nasennebenhöhlen als Komplikation des Scharlachs eine größere Beachtung schenken muß, als es anscheinend bisher geschehen ist.

Für die Diagnose kommt vor allem das Bestehen einer Naseneiterung in Betracht. Doch zeigt Fall 2, daß sie auch fehlen kann. Eine exakte Diagnose, welche Nebenhöhlen erkrankt sind, in den Fällen zu stellen, in denen nur eine profuse Naseneiterung den Verdacht einer Nebenhöhlenerkrankung erweckt, ohne daß Komplikationen aufgetreten sind, wird nicht leicht sein; je jünger der Patient, um so schwieriger. Für die Therapie ist es in solchen Fällen auch nicht unbedingt nötig. Immerhin soll man versuchen, sich durch Anwendung eines Nebennierenpräparates in Kombination mit dem wenig giftigen Novokain, einen Überblick von dem Naseninnern zu verschaffen. Man soll dies um so mehr tun, als die wenn auch vorübergehende Abschwellung der Nasenschleimhaut einen therapeutischen Wert hat. Die Entfernung des Sekretes wird erheblich erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht. Im übrigen wird man sich auf eine Reinigung der Nase mittels schwacher antiseptischer Lösungen am besten in Form eines Sprays beschränken.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es zu Komplikationen des Empyems gekommen ist.

Die Empyeme der Stirnhöhle, der Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle führen zu Orbitalphlegmonen oder -abszessen. Sie sitzen in den medialen Teilen der Orbita; liegen sie hinter dem Bulbus, so wird er vorgetrieben werden, liegen sie neben oder vor ihm, so fehlt die Protrusio. Dabei sind die Tränenwege frei von entzündlichen Veränderungen, ebenso waren wenigstens in unseren Fällen die Konjunktiven auffallend wenig verändert.

Als erstes Zeichen, noch ehe es zu größeren Schwellungen der Lider kommt, tritt bei den Komplikationen der Siebbeinempyeme eine charakteristische, schmerzhafte Verbreiterung der Nasenwurzel auf.

Von den Kieferhöhlen ausgehende Erkrankungen werden Veränderungen unterhalb der Orbita hervorrufen. In unserem Falle (3) war das Empyem in der Fossa canina durchgebrochen. Die eine Beobachtung genügt aber nicht, um sagen zu können, daß es immer so ist.

Die Störung des Allgemeinbefindens ist eine erhebliche: hohes septisches Fieber, ja tödliche Pyämie können allein von den Komplikationen der Nebenhöhlenempyeme ausgehen.

Die Therapie ist in solchen Fällen eine rein chirurgische. Wie bei den Mastoiditiden nach Scharlach soll man nicht zu lange warten mit der Operation. Man soll immer möglichst gründlich operieren. Deswegen ist von einem endonasalen Vorgehen abzuraten; es ist schwer und führt nicht zum Ziele.

Der Weg wird meist durch die Art und den Sitz der Komplikation vorgezeichnet sein. Ebensowenig aber wie wir uns bei einem subperiostalen Abszeß des Warzenfortsatzes mit der Entleerung des Eiters begnügen, sondern immer bis zum Ausgangspunkt der Erkrankung, dem Antrum mastoideum, vorgehen und dieses breit eröffnen, ebensowenig dürfen wir uns z. B. auf die Entleerung eines

Orbitalabszesses beschränken, sondern wir müssen die erkrankte Nebenhöhle, die den Ausgangspunkt bildete, aufsuchen, ausräumen und nach der Nase zu eine weite Kommunikation herstellen. Die Mitbeteiligung der knöchernen Wände macht dies unbedingt nötig.

Die Lage und Form des Hautschnittes ist durch kosmetische Gesichtspunkte gegeben. Erfahrungsgemäß geben Schnitte, die bogenförmig den inneren Augenwinkel umkreisen, wenig sichtbare Narben. Für die Ausräumung der Stirnhöhle und Siebbeinzellen ist diese Schnittführung sicher die beste. — Bei Komplikationen, die von der erkrankten Kieferhöhle ausgehen, wird eventuell die Eröffnung vom Munde aus in Frage kommen.“ Grätzer.

Hilsum, Die vierte Krankheit. (Nederl. Tydschr. voor Geneeskunde. 1906. Nr. 1.) Im Jahre 1900 wurde von Dukes unter dem Namen „Vierte Krankheit“ von den akuten Exanthemen abgesondert eine Symptomengruppe, die, was das Exanthem anbetrifft, dem Scharlach, was den Verlauf aber anbetrifft, der Rubeola gleicht, aber doch in verschiedener Hinsicht von diesen beiden Krankheiten charakteristische Unterschiede darbietet und von ihm als morbus sui generis aufgefaßt wurde.

Der gleiche Symptomenkomplex war schon im Jahre 1886 durch Filatow als Rubeola scarlatinosa beschrieben worden.

Im Jahre 1898 hat von Waly als Skarlatinoid eine ähnliche Symptomengruppe beschrieben. Trammer hat im Jahre 1901 den Namen Skarlatinoid der Symptomengruppe gegeben, welche durch Cheinisse als „la cinquième maladie éruptive“, durch Schmidt als Erythema infectiosum und durch Feilchenfeld als Erythema simplex marginatum beschrieben ist.

H. hat nun mehrere Fälle beobachtet, die beweisen, wie schwierig es ist, in einem konkreten Falle die Erkrankung zu einem der vielen bis jetzt aufgestellten ähnlichen Krankheitsbilder zurückzuführen. Er beschreibt z. B. einen dieser Fälle, wo der Anfang sich markierte durch plötzlichen Beginn, Schüttelfrost, Erbrechen, bedeutende Temperaturerhöhung, Scharlachexanthem und Himbeerzunge, also den Beginn des typischen Scharlachs. Das Exanthem wie das Fieber verschwanden aber innerhalb 36 Stunden und die Desquamation blieb aus, so daß a posteriori die Diagnose Scharlach hinfällig war. Daß es sich auch in diesem Falle nicht um Röteln handelte, beweisen die Abwesenheit der Lymphdrüsenschwellung und das Vorhandensein der Himbeerzunge, und H. betont dann weiter, daß sowohl der plötzliche heftige Anfang der Erkrankung als die Himbeerzunge gegen die Diagnose „Vierte Krankheit“ sprechen.

H. ist nun der Meinung, daß vorläufig sowohl im Interesse des Patienten, als auch der Umgebung man derartige Fälle als Abortiv-Scharlach diagnostizieren und behandeln sollte.

Graanboom (Amsterdam).

André Moussous (Bordeaux), Quelques cas de mégalérythème épidémique. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 2.) Das Exanthem befiel zuerst einen 13jährigen Knaben und erschien in den Hauptzügen wie eine schwere Urticaria, von welcher es sich

aber wieder durch gewisse Eigentümlichkeiten unterschied. Hauptsächlich waren befallen das Gesicht, die oberen und unteren Extremitäten, während auf dem Stamme nur einige rote Flecken zu beobachten waren. Die Temperatur war kaum erhöht, auch sonst war keine krankhafte Erscheinung an den inneren Organen wahrzunehmen. Der Zustand ging nach 8 Tagen in Heilung über. 10 Tage später erkrankte eine 11jährige Schwester des Patienten unter identischen Erscheinungen, 8 Tage später bekam das Dienstmädchen des Hauses dieselbe Krankheit, während eine jüngere Schwester, die rechtzeitig isoliert wurde, verschont blieb. Die zuerst von Escherich und seinen Schülern beschriebene und von Sticker als epidemisches Megalerythem bezeichnete Krankheit zeigt ein wohl definiertes nosologisches Bild und dürfte zwischen die eruptiven fieberhaften Krankheiten und die primitiven infektiösen Erytheme zu setzen sein.

E. Toff (Braila).

J. Fleischer, Zur Kenntnis des Erythema infectiosum. (Wiener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 42.) F. hatte in einer Familie mit 9 Kindern eine Endemie von Erythema infectiosum zu beobachten Gelegenheit. Alle Kinder erkrankten und boten ziemlich das gleiche Krankheitsbild: Gutes Allgemeinbefinden, mäßiges Fieber, keine Injektion der Bindehäute, keine Rachenaffektion, auf der Haut das von Escherich geschilderte Bild: Wangen rot und geschwollen, auf der Haut der oberen und unteren Extremitäten zahlreiche rötliche (bald heller, bald dunkler), bis bläulich-rötliche, stellenweise konfluierende Flecke, Haut des Stammes fast ganz frei von solchen; innere Organe normal. Das Fieber verschwand nach 1—2 Tagen, der Ausschlag hielt noch einige Tage an.

Die 9 Kinder, die im Zeitraume von 6 Wochen sämtlich erkrankten, hatten früher alle Masern und Röteln durchgemacht. Diese Affektionen waren auch sonst jetzt leicht auszuschließen, ebenso Scharlach, gegen den schon das Fehlen jeder Rachenerkrankung, jeder Abschuppung usw. sprach.

Die kleine Endemie schien autochton zu sein, da das zuerst erkrankte Kind die Schule nicht besuchte und das einzige die Schule besuchende Kind zuletzt erkrankte. Weder vorher noch gleichzeitig kam in der Gegend ein Fall von Erythema infectiosum vor.

Grätzer.

Hildebrandt u. Thomas, Das Verhalten der Leukozyten bei Röteln. (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 59. Heft 2—4.) Die Gesamtmenge der Leukozyten zeigt bei Röteln verminderte oder niedrignormale Werte, dagegen finden sich nach Ablauf der Krankheit hochnormale oder vermehrte Werte. Das Minimum der Gesamtzahl fällt durchschnittlich auf den dritten Tag nach Ausbruch des Exanthems. Die Zahl der Neutrophilen sinkt bis etwa auf die Hälfte ab; korrespondierend damit findet eine Vermehrung der Lymphozyten bis auf das Doppelte statt. Die Zahl der eosinophilen und basophilen Zellen zeigt keine Abweichung von der Norm. An den roten Blutkörperchen fanden die Verff. keine wesentlichen morphologischen Veränderungen, ebensowenig an den Blutplättchen.

Freyhan (Berlin).

Eug. Revilliod et **Ed. Long** (Genève), Polynévrite suite de rubéole. (Archives de méd. des enf. 1906. Nr. 3.) Es handelte sich um einen 8jährigen Knaben, der an einer masernähnlichen Rubeola erkrankt war, nachdem auch ein Bruder und eine Schwester desselben eine ähnliche Eruption dargeboten hatten. Außer dem Exanthem war kaum irgend ein krankhaftes Symptom bemerkbar: es bestand kein Fieber, keine Konjunktivitis, keine Entzündung der Mund- oder Rachenschleimhaut. Wenige Tage später traten Kopfschmerzen, dann allgemeine Mattigkeit auf, der Gang wurde unsicher, die Lähmungserscheinungen breiteten sich dann auf den Stamm und die oberen Extremitäten aus und nahmen im Laufe von 3 Wochen immer mehr zu. Die neuritischen Schmerzen, welche anfangs unbestimmt auftraten, wurden in der zweiten und namentlich in der dritten Woche besonders empfindlich und verschwanden vor dem Zurückkehren der Motilität. Letztere begann sich erst am Ende der dritten Woche zu bessern und wurde nicht vor 2 Monaten normal. Während dem ganzen Verlaufe der Krankheit waren die Sehnenreflexe verschwunden und blieben es noch lange Zeit nach der scheinbaren Heilung derselben. Die elektrische Reaktion der Muskeln war geschwächt, doch bestand keine Entartungsreaktion und keine Muskelatrophie. Die kutane Empfindlichkeit war, soweit man dies bei dem kleinen Patienten feststellen konnte, nicht gestört. Es bestand während weniger Tage Diplopie, was eine seltene Lokalisation der Polyneuritis darstellt. E. Toff (Braila).

Allaria, Ein Fall von peripherer Lähmung des Nervus peroneus nach Masern. (Gazzetta degli ospedali. 1905. Nr. 16.) Es handelte sich um ein 9jähriges Kind, in dessen Antezedenz schwere Nervenkrankheiten vorhanden waren und bei dem während des Eruptionsstadiums der Masern eine zirkumskripte Lähmung des linken N. peroneus aufgetreten war. Die ersten Symptome waren Schmerzen bei der Berührung und schmerzhafte Parästhesien in der linken Wadengegend gewesen. Nach der Rekonvaleszenz konnte konstatiert werden, daß der linke Fuß beim Gehen nachgezogen wurde. In der Folge nahm der Fuß eine Equino-varus-Stellung an, die Wadenmuskeln wurden schlaff und dünn, Abduktion und Adduktion vermindert, Gefühl für Wärme und Schmerz erloschen, der Plantarreflex verschwunden. Verf. glaubt, daß es sich um einen peripheren, auf den linken N. peroneus beschränkten Prozeß handelte. F.

J. Comby (Paris), Trois nouveaux cas de paralysie diphthérique guéris par le sérum de Roux. (Archives de méd. des enf. Août 1906. S. 479). C. hat bereits mehrere Fälle veröffentlicht, in welchen er mit antidiphtherischem Serum gute Erfolge bei nach Diphtherie auftretenden Lähmungen erzielen konnte, und fügt denselben weitere drei eigener Beobachtung hinzu.

1. 50jähriger Mann, alter Syphilitiker mit Aortitis und Arteriosklerose. Hat 2 Wochen früher eine ohne Serum behandelte Diphtherie durchgemacht. Beginn der jetzigen Erkrankung mit Lähmung des Gaumensegels, Schwäche in den Beinen, dann ataktischer Gang. Es wurden während 3 Tagen je 20 ccm Serum Roux eingespritzt

und während 2 Tagen je 10 ccm und die Heilung 8 Tage später erzielt. Bemerkt wird, daß trotzdem Patient Arteriosklerotiker war, doch die Einspritzungen keinerlei nachteiligen Einfluß auf denselben ausübten, keine Albuminurie und auch keine Hauteruption auftrat.

2. 14 jähriges Mädchen, hat eine schwere Angina diphtherica durchgemacht, es wurde ihr aber kein Serum eingespritzt. 2 Monate später trat allgemeine Schwäche auf und es entwickelte sich eine vollständige Paraplegie. Auch die Nacken- und Stammmuskeln waren gelähmt, während diejenigen der oberen Extremitäten bedeutende Schwäche zeigten. Es wurden innerhalb 5 Tagen 70 ccm Rouxsches Serum injiziert und schon nach der zweiten Einspritzung eine bedeutende Besserung konstatiert; 2 Wochen später konnte das Kind bereits ohne Hilfe gehen, das Bett verlassen usw.

3. 4 jähriges Mädchen, hat vor etwa einem Monat eine Diphtherie durchgemacht, welche ebenfalls nicht mit dem spezifischen Serum behandelt worden war. Es entwickelte sich allgemeine Paralyse; Schluckbeschwerden und näselnde Stimme ließen über die Natur der Krankheit keinen Zweifel. Es wurden im Laufe von 7 Tagen 70 ccm Serum Roux eingespritzt und schon nach der zweiten Injektion eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens und der Lähmungen konstatiert. Nach 8 Tagen konnte das Kind als geheilt betrachtet werden.

E. Toff (Braila).

A. Stärcke, Zur Poliomyelitis. (Bydrage tot de Poliomyelitis.) (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 121.) S. beschreibt zwei Fälle von Poliomyelitis bei Kindern mit Lähmung eines Teiles bzw. der gesamten Muskeln des Bauches.

Der erste Fall betrifft ein Mädchen von $2^1/_2$ Jahren, stammend aus einer Familie, wo viel Tuberkulose vorkam. Nachdem sich während einigen Monaten leichte Lungenerscheinungen gezeigt hatten, trat heftiges Fieber ein, und eine Woche nach Beendigung des Fiebers zeigte sich plötzlich Lähmung beider Beine und der gesamten Bauchpreßmuskeln, Incontinentia urinae et alvi und meningitische Erscheinungen (Rückenstarre, Kernigs Symptom, unregelmäßiger Puls, Hyperalgesie und Störung des Bewußtseins). 4 Wochen später fand sich Lymphozytose der Spinalflüssigkeit. Allmählich verschwindet ein Teil dieser Symptome und es bleiben noch übrig Lähmung mit Entartungsreaktion der linken Bauchmuskeln, des linken M. quadriceps und der linken Wade, Mm. tibialis antic., Peronei und des rechten M. tibialis antic.; Zurückbleiben des Wachstums beider Beine, aber hauptsächlich des rechten.

Von diesem Typ der Poliomyelitis, wo also sämtliche Muskeln der Bauchpresse gelähmt waren, sind in der Literatur sieben Fälle erwähnt.

Der zweite Fall betraf einen Knaben, der im Alter von 5 Monaten an Poliomyelitis mit ausgebreiteter Lähmung erkrankte, von welcher nach 3 Jahren noch eine partielle Lähmung der Bauchpreßmuskeln übrig war. Die Mm. recti abdominis und die unteren Segmente der Bauchmuskeln waren ganz hergestellt.

Von diesem letzten Typ, wo also die Mm. recti abdominis an

der Lähmung nicht beteiligt waren, sind in der Literatur 11 Fälle bekannt. Überhaupt ist die Lähmung der Bauchmuskeln eine bei der Poliomyelitis sehr seltene Lokalisation. Von 865 Fällen von Poliomyelitis sind nur 29 beschrieben, wo die Bauchmuskeln an der Lähmung teilnahmen. Es waren stets ungewöhnliche Fälle mit sehr ausgebreiteten Lähmungen. Graanboom (Amsterdam).

H. G. Dethloff (Norweger), Über den Poliomyelitismikrob. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1906. Nr. 3.) Der Verf. und Carl Looft fanden 1901 in zwei Fällen von Poliomyelitis ant. acuta einen Mikrokokkus, den Geirsvold später in einer ganzen Reihe von Fällen gefunden hat. Nach der Ansicht des Verf.s steht er dem Gaffky-Cederkreutzschen Tetrakokkus nahe.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

T. A. Hoch, Acute Anterior Poliomyelitis in a Youth. (Journ. of. Nerv. & Ment. Dis. September 1905.) Der 16 jährige Junge erlag dieser Krankheit nach einem 13 wöchigen Verlauf. Der Verf. teilt Genaueres über seine Erfahrungen mit Poliomyelitis mit und schließt mit folgenden Beobachtungen: 1. Poliomyelitis anterior ist das Resultat eines primären Entzündungsprozesses im Blute und in den Blutgefäßen des Rückenmarkes, von thrombotischer oder embolischer Natur. 2. Die Zerstörung der Ganglienzellen ist sekundär und hängt teils von dem ungenügenden Blutzufluß in den erkrankten Herd ab, teils vom Druck und von den Toxinen. 3. Die pathologischen Vorgänge sind scheinbar gleich bei Poliomyelitis der Kinder und Erwachsenen, und hängen auch von ähnlichen Ursachen ab. 4. Genügende Gründe sind vorhanden, um diese Krankheit als infektiös zu betrachten, es ist jedoch nicht festgestellt, ob es Bakterien oder andere Toxine sind, die dieselbe verursachen. 5. Die Entzündungsprozesse finden sich sowohl in den peripheren Gefäßen als auch in Ästen der Arteriae spinales ant., obgleich diese Vorgänge selten sichtbar sind, bis die Gefäße in die graue Substanz eintreten. 6. Die kollaterale Zirkulation innerhalb der Vorderhörner begünstigt die träge Zirkulation und Neigung zu Embolie. H. B. Sheffield.

Amberger, Halbseitenläsion des oberen Halsmarks durch Stich. Beginnende Meningitis. Heilung durch Operation. (Beiträge zur klin. Chir. Bd. 48. Heft 1.) Der Fall betrifft einen 12 jährigen Jungen, der durch die Scherenbranche, die zwischen Atlas und Occiput eindrang, verletzt wurde. Es trat sofort das reine Bild der Brown-Séquardschen Lähmung auf: motorische Paralyse, Vasomotorenparalyse, Hyperästhesie und Hyperalgesie, Lähmung der oculopupillären Sympathicusfasern auf der Seite der Verletzung, Anästhesie für Schmerzempfindung auf der gekreuzten Seite. Da Zeichen von Hirndruck auftraten, so wurde die Stichwunde erweitert und durch Drainage für Abfluß des Blutes und des Liquor gesorgt. Nach 14 Tagen begannen die Lähmungen zurückzugehen. Bei einer Nachuntersuchung nach $3^1/_2$ Jahren ist der Befund völlig normal. A. fordert schleunige chirurgische Behandlung bei jeder nach Trauma eintretenden eitrigen Meningitis. Vulpius-Ewald (Heidelberg).

Imberger, Zwei bemerkenswerte Fälle von Gehirnchirurgie. (Aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 14.) Der eine Fall betraf ein Kind und zeigt, wie schwer es event. sein kann, einen Gehirnabszeß frühzeitig zu erkennen.

6 jähriger Junge erlitt 8 Tage vor seiner Einlieferung durch Fall eine Verletzung der Stirn; auftretende Entzündung an der Wunde und Fieber veranlaßten die Überführung ins Krankenhaus. Auf der Mitte der Stirn 1 cm große Weichteilswunde; unterhalb derselben auf der Glabella ein kleiner Abszeß. Spaltung desselben, Tamponade usw. Normaler Verlauf.

3 Wochen nach der Aufnahme begann das Kind über Kopfschmerzen zu klagen, die Temperatur stieg auf 38,8°, mehrmaliges Erbrechen. Die Wunde sah gut aus, der Knochen erschien intakt, und da die Mutter des Kindes erklärte, letzteres habe stets einen schwachen Magen gehabt und habe jetzt viel Süßigkeiten genascht, wurde der Sache keine Bedeutung beigelegt. Am nächsten Morgen Temperatur wieder abgefallen, jedoch war seit dieser Zeit das Kind auffallend verändert, erbrach viel, klagte immer wieder über Kopfschmerzen. Da aber die Mutter wieder erklärte, der Junge habe auch früher solche Erscheinungen gehabt, und da sich für die Annahme eines Gehirnabszesses keinerlei Anhaltspunkte fanden, wurde Patient auf Wunsch nach Hause entlassen. 12 Tage später wurde er wieder gebracht, nachdem sich der Zustand immer mehr verschlechtert hatte. Patient hat alles ausgebrochen, ist zum Skelett abgemagert, leidet ständig unter heftigen Kopfschmerzen, schreit oft nachts schrill auf, und hatte einige Tage vorher einen heftigen, allgemeinen Krampfanfall, der an den rechten Extremitäten begonnen haben soll. Inzisionswunde verheilt.

Jetzt konnte man an dem Vorhandensein eines Gehirnabszesses nicht zweifeln, und zwar mußte dieser Abszeß im linken Stirnhirn liegen, entsprechend dem Beginn des Krampfanfalls rechts.

Operation. Das Stirnbein wird durch einen queren, die alte Narbe senkrecht durchkreuzenden Schnitt breit freigelegt und ein 1 markstückgroßes Stück links von der Mittellinie entfernt; eine oberflächliche Arrosion des Knochens unter der geheilten Weichteilswunde diente als Wegweiser. Stirnbein im übrigen völlig intakt. Nachdem die Knochenwunde bis auf die erwähnte Größe gebracht war, ergoß sich plötzlich Eiter im Strahl aus einer etwa 5 cm tiefen und ebenso breiten Höhle. Im Eiter Streptokokken. Verlauf nach der Operation außerordentlich gut, Heilung.

Die Frühdiagnose wäre hier eine erheblich leichtere gewesen, wenn die Art der Wunde, eine Fissur oder Impression des Knochens, eine direkte Schädigung des Gehirns wahrscheinlich gemacht hätte. Aber auch bei der Operation zeigte sich, abgesehen von der oberflächlichen Arrosion, die gleichwohl die Infektion vermittelt hat, das Stirnbein intakt. Zwischen der Verletzung und Operation lagen 7 Wochen, so lange hat der Abszeß gebraucht, um zu einer Größe anzuwachsen, die direkt durch ihren Druck die alarmierenden Symptome auslöste, welche die Diagnose sicherstellen ließen. 7 Wochen schwebte Patient in Lebensgefahr, da der Abszeß jeden Augenblick zur allgemeinen Meningitis führen oder in die Ventrikel durchbrechen konnte. Man hätte schon 3 Wochen früher operieren können, auch wenn da die Diagnose noch nicht so klar war; gefunden hätte man den Abszeß schon damals und operieren können, allerdings nicht so leicht wie später. Denn man muß nach Lage des Falles annehmen, daß die Infektion auf dem Blutwege durch Thrombose zustande gekommen ist. In diesem Falle ist es wahrscheinlich, daß die erste Anlage des Abszesses erheblich weiter von der Peripherie in der Tiefe der Rinde oder sogar im Marke zustande kam, und daß der Abszeß erst bei allmählichem Wachstum sich der Peripherie näherte.

Im übrigen bestätigt der Verlauf der Erkrankung die alte Erfahrung, daß man aus dem Verhalten der Temperatur bzw. aus dem Fehlen von Fieber keine großen Schlüsse gegen die Bildung eines Gehirnabszesses ziehen darf; es war hier nur 2 mal ganz vorübergehend Temperatursteigerung zu konstatieren gewesen. Grätzer.

Harvey Gushing, Surgical Intervention for Intra-Cranial Hemorrhages of the New-Born. (Amer. Your. of the Med. Sciences. Oct. 1905.) H. empfiehlt chirurgisches Eingreifen in intrakranialen Blutungen bei Neugeborenen und berichtet vier Fälle, die er erfolgreich operierte. In einem Falle deuteten die Symptome auf eine Fraktur des Occiput und Riß im Sinus cavernosus. Das Gehirn wurde entblößt, die erreichbaren Blutgerinnsel entfernt und der Schädel durch Beinnähte, ohne Drainage, wieder geschlossen. Alle Symptome verschwanden und das Kind schien völlig zu genesen. Bei solchen Operationen muß „Shock" so viel als möglich vermieden werden. H. B. Sheffield.

Ernö Deutsch, Intrauterine Schädelverletzung traumatischen Ursprungs. (Orvosi hetilap. 1905.) Die Mutter des vorgestellten Säuglings fiel im fünften Monate ihrer Schwangerschaft auf einen Felsblock. Nach dem Sturze zeigte sich eine kindskopfgroße Geschwulst auf der Bauchdecke und intensiver Blutverlust aus den Genitalien; die Beschwerden ließen in einigen Tagen nach. Die Entbindung verlief in 5 Stunden überaus leicht ohne künstlichen Eingriff. Dies war ihre fünfte normale Geburt, die vorhergehenden hatten als Neugeborene größere Köpfe als das vorgestellte Kind. Das Becken der Frau ist ganz normal. Am rechten Os parietale des Kindes ist eine 5 cm lange und 3 cm breite **V** förmige Vertiefung, deren Rand gerade und verdickt ist, das Maximum der Depression ist 0,75 cm. Das Nervensystem zeigt nichts Abnormes. Im Alter von einem Monat starb der Säugling an Bronchopneumonie. Verf. stellt 13 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammen. Autoreferat (Budapest).

S. Saltykow, Eine besonders ausgedehnte Höhlenbildung im Gehirn. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran 1905.) S. beschreibt einen Fall, der durch die besondere Größe der postmortal entstandenen Höhlen erwähnenswert ist. Als Ursache für die Höhlenbildung wird ein allerdings nicht bakteriologisch nachgewiesener Bazillus angesehen, der seinem morphologischen Verhalten nach als Gasbazillus identifiziert wurde. Das Gewebe in der Umgebung der Höhlen, welches wie die Gefäße dicht von den Bazillen durchsetzt war, ließ keinerlei entzündliche Veränderungen erkennen. Dies, sowie der Umstand, daß klinisch keinerlei Symptome vorhanden waren, die auf die Höhenbildung hätten bezogen werden können, berechtigen zu der Annahme einer postmortalen Entstehung der Höhlen, die durch Konfluenz zahlreicher kleiner entstanden sind. Eine Eintrittspforte für die wahrscheinlich noch intra vitam eingedrungenen Bakterien konnte nicht gefunden werden. Außerdem fand sich ein von kleinen Höhlen durchsetztes Gliom.

Bennecke (Jena).

M. Lewandowsky, Über die Bewegungsstörungen der infantilen zerebralen Hemiplegie und über die Athétose

double. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 29. Heft 5 u. 6.) Im Gegensatz zur gewöhnlichen Hemiplegie der Erwachsenen hinterläßt die infantile zerebrale Hemiplegie kaum jemals eine echte Kontraktur. Unter „echter Kontraktur" wird hierbei jene dissoziierte dauernde Muskelkontraktion bezeichnet, welche sich passiv vollständig überwinden läßt und welche auf vom Zentralorgan oder von der Peripherie durch das Zentralorgan zugeleitete Erregungen in mannigfacher Weise reagiert; diese Kontraktur der Hemiplegie der Erwachsenen verbindet sich sehr häufig mit einer organischen Verkürzung des Muskels. Eine weitere Eigentümlichkeit der infantilen Hemiplegie ist das Fehlen der Wernicke-Mannschen Dissoziation der Hemiplegie. Vielmehr ist der Typus der Lähmung so, daß einzelne Agonisten und Antagonisten paarweise funktionstüchtig, wie z. B. die Flexoren und Extensoren, andere paarweise gelähmt sind (z. B. Rotatoren, Pro- und Supinatoren). Es kommt dies daher, daß eine Zusammenfassung der Muskeln zu bestimmten Bewegungen im kindlichen Gehirn noch nicht stattgefunden hat.

Für die Athetose charakteristisch ist der rhythmische Charakter der Bewegung, die Langsamkeit der letzteren (zum Unterschied von der Chorea), die Neigung in einen intermittierenden Spasmus überzugehen. Die Athetose stellt ein fast spezifisches Symptom der im kindlichen Alter erlittenen Hemiplegie dar, während sie beim Erwachsenen außerordentlich selten ist. Wahrscheinlich gibt es nicht eine besondere Lokalisation der Athetose, sondern es sind besondere physiologische Eigenschaften des kindlichen Gehirns, welche bei Herden der inneren Kapsel oder der motorischen Rinde selbst die Entstehung der hemiplegischen Athetose bedingen oder begünstigen. Die Athetose ist diagnostisch von der Chorea scharf zu trennen.

Häufig findet man bei der infantilen Hemiplegie neben der Athetose auch Mitbewegungen, deren Entstehungsort wahrscheinlich in das Großhirn zu verlegen ist.

Verf. bringt alsdann vier Beobachtungen von „Athétose double". Sie ist nicht einfach eine Athetose, welche beide Körperseiten ergriffen hat. Es gehört dazu eine gewisse eigentümliche Beziehung zwischen den Bewegungen der einzelnen Körperteile und Glieder untereinander. Psychische Erregung, auch ganz leichter Art, hat deutlichen Einfluß auf die Bewegungen. Das Gesicht ist in allen ausgebildeten Fällen mit betroffen. Es besteht ein wildes Grimassieren. Es ist unmöglich, den Augen- oder Mundfacialis einer Seite isoliert zu innervieren, während die gleichseitige Innervation gut ist. Obere und untere Extremitäten bieten fixe Kontrakturen, die unteren können alle Formen der spastischen infantilen Diplegie zeigen. Es handelt sich bei der Athétose double zweifellos um eine doppelseitige zerebrale Erkrankung. Differentialdiagnostisch kommt die Chorea chronica in Betracht, und zwar weniger die Huntingtonsche Chorea als eine Form doppelseitiger infantiler Chorea, ferner gewisse Fälle von Friedreichscher Krankheit.

Kurt Mendel (Berlin).

H. Wichern, Über zwei Fälle von zerebraler Hemiplegie im Kindesalter. (Aus der med. Klinik zu Leipzig.) (Münch. med.

Wochenschrift. 1906. Nr. 31.) Die Fälle betreffen einen $2^1/_2$ jährigen Knaben und ein 5 jähriges Mädchen. Sie weichen von dem allgemeinen Krankheitsbild der halbseitigen zerebralen Kinderlähmung wenig ab, boten aber manche interessanten Momente.

In dem zweiten Falle trat bald nach dem Aufhören der Zuckungen die halbseitige Lähmung hervor. In beiden war die rechte Körperhälfte befallen. Das ist die Regel. Ebenso entsprach es in beiden Fällen der Regel, daß eine deutliche Mitbeteiligung der zwei unteren Fazialisäste festzustellen war. Von den Extremitäten pflegt, wie hier beim zweiten Falle, der Arm schwerer und dauernder geschädigt zu sein, als das Bein. Bei demselben Kinde bildete sich die charakteristische Kontrakturstellung der Extremitäten aus, und es fand sich auf der nicht gelähmten Seite eine Steigerung des Patellarreflexes. Außerdem hatte das Mädchen eine motorische Aphasie, die etwa 4 Wochen unverändert bestehen blieb und dann in wenigen Tagen zurückging. Endlich lag hier wohl auch eine Herabsetzung des Schmerzgefühls vor. Das Kind überstand den recht bedrohlich einsetzenden Insult trotz bestehenden Keuchhustens gut und darf beinahe als geheilt angesehen werden, während im ersten Falle, wo das Insult nicht so bedrohlich erschien, aber kurz nach überstandener Diphtherie und schwerer Nephritis die Gehirnläsion einsetzte, diese letal endete.

Die sichere Diagnose der Initialläsion gelingt im allgemeinen nur, wenn die anatomische Untersuchung bald nach Eintritt der Lähmung vorgenommen werden kann. Die Gelegenheit dazu ist recht selten, und ist schon deshalb der erste Fall interessant. Es konnte hier eine Embolie der Arter. cerebri media festgestellt werden. Diese Ursache scheint bei den zerebralen Hemiplegien der Kinder die erste Stelle einzunehmen, und die zu ihrer Entstehung führenden Thromben stammen fast immer aus dem linken Herzen. Meist gibt eine frische oder ältere Endokarditis der Mitralklappen zu ihrer Bildung Veranlassung; in anderen Fällen, wie auch in obigem, führt die durch eine schwere Infektionskrankheit bedingte Herzschwäche zur Entwicklung marantischer Thromben im linken Ventrikel oder Herzohr. Recht häufig sind Blutungen in die Gehirnsubstanz als Initialläsion nachgewiesen worden. Für die Ruptur des Gefäßes nehmen viele eine Gelegenheitsursache an. Bei gleichzeitig vorhandener Nephritis macht die Drucksteigerung, bei Keuchhusten die in den Anfällen auftretende Stauung im Kreislauf das Zerreißen eines Gefäßes leichter erklärlich. Zuweilen wird allerdings besonders betont, daß die Hustenparoxysmen nur sehr schwach ausgebildet waren, und auch W. sah bei dem Mädchen erst nach Eintritt der Lähmung eigentliche Keuchhustenanfälle auftreten. Es wird daher im allgemeinen doch wohl noch irgend eine Schädigung der Gefäßwand selbst für die Entstehung der Blutung vorauszusetzen sein. Daß die Infektionskrankheiten in irgend einer Beziehung zu den zerebralen Hemiplegien der Kinder stehen müssen, ist kaum zu bezweifeln; denn in mindestens $^1/_3$ der Fälle tritt die Lähmung während oder kurz nach einer solchen Erkrankung auf. So lag ja auch hier im ersten Falle Diphtherie, im zweiten Keuchhusten vor.

Grätzer.

A. Hoffa, Die spastischen Lähmungen der Kinder und ihre Behandlung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18—20.) Aus der sehr eingehenden, lehrreichen Arbeit seien die Schlußfolgerungen, die H. zieht, wiedergegeben. Dieselben lauten über die zerebralen Diplegien:

1. Die zerebralen Diplegien sind keine seltenen Erkrankungen. Sie kommen ungefähr gleich oft bei Knaben wie bei Mädchen vor.

2. Bezüglich der Ätiologie der Littleschen Krankheit ergibt sich folgendes: Die Littlesche Krankheit kann durch die verschiedenartigsten Momente, welche Mutter und Kind oder beide betreffen, veranlaßt sein. Von diesen Momenten bezeichnet man die Frühgeburt, die schwere Geburt und die asphyktische Geburt als „Littlesche Momente", weil sie die Hauptrolle bei der Entstehung der Krankheit spielen. Von den übrigen Gelegenheitsursachen haben Allgemeinerkrankungen und Traumen während der Gravidität, Entwicklungsanomalien und Hemmungsbildungen des Kindes sowie Infektionskrankheiten eine gewisse, wenn auch untergeordnete Bedeutung. Eine einheitliche Ursache läßt sich nicht feststellen. Wahrscheinlich liegt dem Symptomenkomplex eine bestimmte Disposition (vielleicht vaskuläre Momente wie bei der zerebralen Hemiplegie) zugrunde, welche den veranlassenden Momenten den Boden schafft, auf dem sie ihren Einfluß geltend machen können.

3. Die Erscheinungsformen der Littleschen Krankheit lassen sich in drei Gruppen scheiden: a) die Littlesche Krankheit im engeren Sinne (angeborene spastische Gliederstarre Rupprechts); b) die allgemeine Starre; c) die allgemeine Athetose.

4. Pathologisch-anatomisch weisen die zerebralen Diplegien die verschiedenartigsten Veränderungen im Zentralnervensystem auf, stets sind jedoch die Pyramidenbahnen an einer Stelle ihres Verlaufs im Gehirn oder Rückenmark geschädigt.

5. Der Verlauf der Erkrankungen ist entweder stationär oder regressiv. Die Prognose ist bei der ersten und dritten Gruppe bei entsprechender Behandlung eine recht gute, die der zweiten Gruppe verheißt keine wesentlichen Erfolge.

6. Die Diagnose ist bei Berücksichtigung der Symptome leicht zu stellen und bietet kaum je Schwierigkeiten.

7. Die Therapie muß sich bemühen, vor allem die Hemmungsbahnen zu kräftigen. Es ist dazu meist notwendig, die Spasmen durch Muskeldurchschneidungen und Tenotomien bzw. Tendektomien zu lösen. Als Nachbehandlung ist dann eine sehr sorgfältige Massage- und Übungstherapie unbedingt nötig.

8. Die Erfolge sind bei zweckmäßiger Therapie sehr befriedigend. Etwa 45 % der Patienten bekommen eine gute Gehfähigkeit.

9. Selbst schwere Athetosen können durch Fixation des Kopfes, Rumpfes und der Extremitäten in entsprechenden Stützapparaten wesentlich gebessert werden.

10. Bei allgemeiner Gliederstarre, speziell bei mit Krämpfen einhergehenden Fällen, dürfen chirurgische Maßnahmen nur sehr vorsichtig vorgenommen werden.

Betreffs der zerebralen Hemiplegie stellt H. folgende Thesen auf:

1. Für die Ätiologie der zerebralen Hemiplegie haben alle vaskulären Schädigungen Bedeutung, die während der Fötalperiode, während des Geburtsaktes und während des Extrauterinlebens zur Geltung kommen. Als solche sind zu nennen: a) hereditäre Lues; b) Zirkulationsstörungen im Fötus (auf hereditäre, mütterliche und insbesondere intraabdominelle Einflüsse zurückzuführen); c) akutentzündliche Gefäßerkrankung (Encephalitis, Meningitis); d) Hämorrhagie: e) Embolie; f) Thrombose.

2. Pränatale Schädigungen äußern ihre Wirkung oft erst nach der Geburt, bzw. nach dem Hinzutreten von Geburtsstörungen und extrauterinen Schädlichkeiten.

3. Die „Littleschen Momente" sind auch für die zerebrale Hemiplegie von größerer Bedeutung, als man bisher glaubte, und zwar ist die schwere Geburt, insbesondere die Zangengeburt (ungeschickte Zangenanlegung), als direkte Ursache der Hemiplegie anzusehen, während die Frühgeburt und ein Teil der schweren Geburten als Folgen pränataler Momente gedeutet werden müssen. Den letzteren ist dann auch die größere ätiologische Bedeutung beizumessen.

4. Die akuten Infektionskrankheiten spielen oft nur insofern bei der Veranlassung der zerebralen Hemiplegie die auslösende Rolle, als die Toxinwirkung ein schon vorher geschädigtes Gehirn in der am meisten betroffenen Gegend (Prädilektionsstelle: Verbreitungsbezirk der Art. cerebri media) am intensivsten trifft.

5. Aus ätiologisch-klinischen Rücksichten sehen wir die zerebrale Hemiplegie als einen Symptomenkomplex an, dem eine stets vaskuläre Entstehung zugrunde liegt.

6. Auch die Befunde der pathologischen Anatomie lassen sich trotz der Mannigfaltigkeit der pathologisch-anatomischen Endveränderungen mit unserer ätiologischen Betrachtungsweise in Einklang bringen.

7. Die zerebralen Hemiplegien stehen den Diplegien (Littlesche Krankheit) am nächsten.

8. Die schweren Deformitäten der Hand nach zerebralen Hemiplegien sind heutzutage einer erfolgreichen chirurgisch-orthopädischen Behandlung zugänglich, mittels deren ein gutes kosmetisches und funktionelles Resultat erreicht werden kann.

9. Die Sehnenplastiken bei der zerebralen Hemiplegie haben gleichzeitig krampflösende Eigenschaften. Sie beseitigen ferner nicht nur schon vorher bestehende choreatische Unruhe, sondern hemmen auch nach unseren Erfahrungen das Auftreten der posthemiplegischen Chorea. Grätzer.

G. Canby Robinson, Bacteriological Findings in Fifteen Cases of Epidemie Cerebrospinal Meningitis. (Am. Journ. of the Med. Sciences. Vol. 131. Nr. 4.) Verf. untersuchte die Zerebrospinalflüssigkeit, das Blut und den Eiter von der Conjunctiva und isolierte einen Organismus, der dem Diplococcus intracellularis menin-

gitidis Weichselbaum in jeder Beziehung ähnlich ist. Derselbe wurde in reiner Kultur in der Spinalflüssigkeit von 14 Patienten vorgefunden und mußte daher als Urheber der Krankheit angesehen werden. Im zirkulierenden Blut und in dem Augensekret fand R. den Diplococcus je 2mal, er glaubt jedoch, daß derselbe dort nur gelegentlich hineindringt.
H. B. Sheffield.

R. Peters, Über die Entzündung des extraduralen Gewebes des Rückenmarks bei der Genickstarre. (Aus dem Kinderspital des Prinzen v. Oldenburg i. St. Petersburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 29.) P. fand, daß sich bei jeder Genickstarre neben einer Leptomeningitis noch eine Pachymeningitis externa findet. Das gibt den Schlüssel zur Erklärung einigen befremdlichen Erscheinungen, wie sie von manchen bei Genickstarrefällen beobachtet worden sind: der prononzierten Nacken-, Rücken- und Gliederstarre usw.; nach P.s Ansicht lag jedenfalls auch hier eine Pachymeningitis spinalis externa vor, die den betreffenden Symptomenkomplex auslöste.

Die unkomplizierte Form der Pachymeningitis ext. spinalis gibt ja einen Symptomenkomplex sui generis (der manches mit der Tetanie gemeinsam hat). In Fällen, wie sie P. beobachtete, wo die Affektion eben von anderen Affektionen begleitet war, wurden die Erscheinungen von den Symptomen der letzteren gedeckt. Dennoch gelingt es bisweilen schon zu Lebzeiten, sich eine Vorstellung davon zu machen, wo der Hauptsitz der Erkrankung zu suchen ist. Als Richtschnur dient dabei die Beobachtung, daß die reine Pachymeningitis ext. unter anderen eher isolierte Kontrakturen gibt, die reine Leptomeningitis dagegen eher allgemeine Kontrakturen, d. h. Kontrakturen der meisten Muskelgruppen auf einmal, weil sie sich leichter auf viele intradural gelegene Wurzelabschnitte ausbreiten kann, die näher aneinander liegen, als die extraduralen.

Über das Verhältnis der einzelnen in Betracht kommenden Affektionen zueinander urteilt P. wie folgt: Die Meningitis spinalis etabliert sich unabhängig von der Meningitis cerebralis und ist nichts weiter als ein Ausdruck der bakteriellen Infektion, ebenso wie die zerebrale. Sie kann bisweilen ganz fehlen, trotz hochgradiger Eiterbildung in der Pia der Hemisphären, des Pons und der Medulla und umgekehrt: das Gehirn kann so gut wie frei bleiben bei hochgradiger spinaler Affektion. Was nun weiter das Verhältnis zwischen Leptomeningitis spinalis und Pachymeningitis spinalis anbelangt, so meint P.: „Die Pachymeningitis externa ist nicht auf dem Wege der direkten Infektion von den weichen Rückenmarkshäuten aus zustande gekommen, etwa durch Herauskriechen der Entzündung aus dem Innern des Rückenmarkssackes längs den Nervenwurzeln ins extradurale Gewebe, sondern sie beruht auf einem hämatogenen Vorgange: die im Blut zirkulierenden Toxine eventuell Mikroben haben gleichzeitig, sowohl im intraduralen, wie im perispinalen Gewebe, Eiterbildung angeregt, ebenso wie sie sie in einem andern Falle in der Lunge, in den Muskeln usw. anregen können. Daß sie das gerade in diesen Gewebsabschnitten getan, ist auf individuelle Anlage zurückzuführen.

Daß zwischen diesen beiden Entzündungen ebensowenig ein unmittelbarer Zusammenhang besteht, wie zwischen der oben erörterten, weichen Gehirnhautentzündung und der weichen Rückenmarkshautentzündung, lehren meine Autopsien, in denen ich Pachymeningitis ext. pur. stärksten Grades, z. B. um den Lendenteil des Rückenmarkssackes herum fand, während derselbe Lendenteil auf seiner, diesem Herde entsprechenden Innenfläche, also in dem entsprechenden Piaabschnitte frei von Eiter war.“ Grätzer.

A. Ostermann, Die Meningokokkenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre. (Aus dem Hygien. Institut der Universität Breslau.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 11.) Schon Flügge hat darauf aufmerksam gemacht, daß jedenfalls bei der Verbreitung der Genickstarre nicht so sehr die Genickstarrekranken selbst eine Rolle spielen, als vielmehr Kokkenträger, die nur mit einer spezifischen Pharyngitis behaftet sind. Diese macht oft sehr geringe, ja gar keine klinischen Erscheinungen, sie ist aber zur Zeit einer Epidemie bei einer sehr großen Anzahl von Menschen vorhanden, und zwar recht reichlich und recht lange Zeit. Von diesen Menschen erkranken nur einzelne, für Meningitis disponierte, selbst an Genickstarre, aber sie sind alle Verbreiter der Infektion.

Um diese Vermutungen nun zu begründen, mußten systematische Untersuchungen bei einer Anzahl von Familienmitgliedern und Hausgenossen der an Genickstarre Erkrankten angestellt werden. O. hat sich dieser Aufgabe unterzogen und bisher in sechs Familien, wo Kinder an Genickstarre erkrankt waren, solche Untersuchungen vorgenommen. Resultat: In jeder dieser Familien fanden sich Kokkenträger, und zwar konnten von 24 Familienmitgliedern bei 17 Meningokokken im Nasenrachenraum nachgewiesen werden, bei einigen fast in Reinkultur. Bei mehreren Kokkenträgern war klinisch ein deutlicher Katarrh des Nasenrachenraumes nachzuweisen, dem gewöhnlich ein sehr reichlicher Meningokokkenbefund entsprach. In anderen Fällen war trotz reichlichen Kokkenbefundes klinisch nichts nachweisbar. Jedenfalls waren in der Mehrzahl der Fälle die subjektiven Beschwerden recht gering. Und darin liegt die besondere Gefahr für die Weiterverbreitung. Etwas Schnupfen und vermehrtes Rachensekret kommt so häufig vor, daß dies einer Beachtung nicht gewürdigt wird, daß also die Kokkenträger sich im Verkehr mit anderen absolut keine Beschränkung auferlegen und von Vorsichtsmaßregeln keine Rede ist. So werden diese Kokkenträger zur Quelle der Ausbreitung der Genickstarre. Dabei gelangt die Meningokokkenpharyngitis ganzer Familien gar nicht zu unserer Kenntnis, nämlich überall da, wo nicht zufällig eines der ergriffenen Familienmitglieder infolge einer besonderen Disposition an ausgesprochenen Meningitiserscheinungen erkrankt. Solcher Familien gibt es aber zur Zeit einer Genickstarreepidemie sehr viele, und Untersuchungen an einer Schule, in einer Fabrik an Orten, wo Genickstarre vorhanden war, ergaben auch da das Vorhandensein von Kokkenträgern.

Therapeutische Versuche zur Vertilgung der Meningokokken fielen leider negativ aus. Die Prophylaxe, abgesehen schon von der

großen Anzahl der Kokkenträger, ist dadurch erschwert, daß das Gesetz uns keine Handhabe gibt, diese unschädlich zu machen. Das einzige, was in dieser Richtung geschehen kann, ist das Zurückhalten der schulpflichtigen Kinder aus einem Genickstarrehause vom Schulbesuch sowie vom Spielen mit anderen Kindern, eventuell ein Schulschluß, allerdings ein zweischneidiges Schwert. Wir sind wesentlich angewiesen auf Belehrung der Bevölkerung, was durch kurze Merkblätter geschehen müßte. O. hat ein solches entworfen:

Warnung!

„Zur Zeit einer Genickstarreepidemie finden sich die Erreger der Genickstarre bei vielen Menschen auf der Schleimhaut der Rachenwand. Sie veranlassen dort manchmal verstärkte Schleimabsonderung, auch wohl Schnupfen; in anderen Fällen rufen sie keinerlei merkliche Beschwerden hervor. Die Erreger werden von einem Menschen auf den andern verbreitet: 1. durch die Finger, mit denen man Mund oder Nase berührt hat, durch Küsse, gemeinsames Eß- und Trinkgeschirr; 2. durch den Auswurf, der beim Husten und Räuspern aus dem Rachen entleert wird, und durch Nasenschleim; 3. durch beim Husten und lauten Sprechen verspritzte unsichtbare Tröpfchen, die von anderen Menschen eingeatmet werden können.

Die Verbreitung der Erreger muß durchaus verhütet werden, weil dieselben auch auf solche Menschen (namentlich Kinder) gelangen können, bei denen nicht nur leichte Rachenentzündung entsteht, sondern die infolge einer besonderen Empfänglichkeit durch dieselben Erreger an schwerer, oft tödlicher Genickstarre erkranken.

Daher beachte jeder, in dessen näherer Umgebung eine Erkrankung an Genickstarre vorgekommen ist oder der mit jemand aus der näheren Umgebung eines solchen Kranken in engem Verkehr gestanden hat, 3 Wochen lang folgende Vorsichtsmaßregeln:

1. Man meide jeden unnötigen Verkehr mit anderen Menschen, besuche namentlich keine Lokale und Versammlungen, wo zahlreiche Menschen zusammenkommen. Beim unvermeidlichen Verkehr halte man sich in tunlichster Entfernung von den anderen Menschen und vermeide Berührungen, Küsse und gemeinsames Eß- und Trinkgeschirr.

2. Auswurf und Nasenschleim nehme man in Leinen- oder Mullläppchen oder in Papiertaschentüchern auf, die sofort zu verbrennen sind. Benutzte Taschentücher müssen 10 Minuten in kochendem Wasser gehalten werden oder eine Stunde lang in Kresolwasser (aus Apotheken oder Drogenhandlungen zu beziehen) eingelegt werden. Mit Auswurf oder Schleim in Berührung gekommene Finger sind mit dieser Lösung zu waschen, derart beschmutzte Fußbodenstellen und Kleider reichlich damit zu befeuchten.

3. Während des Sprechens und Hustens halte man sich etwa auf Armlänge von anderen Menschen entfernt.“

Möglichste Isolierung der an Genickstarre Erkrankten ist natürlich geboten. Nur ist es nicht angezeigt, die Isolierung mit Gewalt zu erzwingen. Der Nutzen für die Eindämmung der Seuche, der damit im Einzelfalle erreicht wird, kommt gar nicht in Betracht gegenüber der Gefahr, daß die Bevölkerung durch ein solches Ver-

fahren aufgereizt und veranlaßt wird, die Krankheit zu verbergen und die freiwilligen Vorsichtsmaßregeln zu unterlassen, auf die wir gerade hier in so hohem Maße angewiesen sind. Auch auf Desinfektion werden wir nicht verzichten; die außerordentliche Widerstandslosigkeit der Meningokokken, sobald sie den menschlichen Körper verlassen haben, läßt auch hier zu, daß wir uns in mäßigen Grenzen halten und nur das Notwendigste veranlassen. Grätzer.

Hagen (Torn), Lumbalpunktion bei epidemischer Genickstarre. (Russky Wracz. 1906. Nr. 16.) Die Lumbalpunktion wurde in zwei Fällen ausgeführt. In beiden Fällen kam eine leicht getrübte Flüssigkeit zum Vorschein, in welcher nach ein paar Stunden ein Sediment in Form weißer Membranen zu beobachten war. Verf. betrachtet diese Art von Flüssigkeit als charakteristisch für obenbezeichnete Krankheit, da bei keinem anderen Leiden ähnliches Serum zu konstatieren ist. Mikroskopisch waren vorwiegend polynukleare Leukozyten zu sehen.

Im ersten Fall sank die Temperatur bis 36,5° C., der Puls hat sich gebessert, bald trat aber Verschlimmerung ein, so daß die Punktion noch 2mal vorgenommen werden mußte. Nach dem letzten Eingriff besserte sich der Zustand auf 3 Tage.

Im zweiten Falle trat nach einmaliger Punktion evidente Besserung auf.

Verf. betrachtet den Eingriff als einen wertvollen differentialdiagnostischen und therapeutischen Behelf bei der epidemischen Genickstarre. Gabel (Lemberg).

G. Edlefsen, Das jodsaure Natrium und die Zerebrospinalmeningitis. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.) Gleich Ruhemann empfiehlt E. warm das jodsaure Natrium für die Behandlung der Meningitis cerebrospinalis. E. hat früher Jodkalium und Jodnatrium angewandt und war auch hier schon mit den Erfolgen zufrieden. Noch mehr war dies der Fall, als er statt dessen sich des Natr. jodicum bediente; er erhielt den Eindruck, daß bei Anwendung dieses Mittels in den für Jodkalium üblichen Dosen in den überhaupt der Behandlung zugänglichen Fällen von Meningitis cerebrospinalis die günstige Einwirkung auf die gesamten Krankheitserscheinungen in der Regel rascher zur Geltung kam und noch unzweideutiger hervortrat, als früher bei der Behandlung mit Jodkalium oder Jodnatrium. Bei subkutaner Applikation des Mittels, wie sie Ruhemann empfahl, wären die Resultate sicherlich noch bessere gewesen. Diese Applikation wird jedenfalls stets indiziert sein, wenn die Darreichung per os wegen anhaltender Benommenheit oder Brechneigung auf Schwierigkeiten stößt oder gar sich als unmöglich erweist. Man beginne die Jodtherapie ferner so früh als möglich, sobald die Diagnose feststeht. Je früher man die bakterizide Kraft der Jodsäure zur Geltung zu bringen sucht, um so eher darf man erwarten, den ganzen Verlauf der Krankheit zu mildern und abzukürzen, um so mehr darf man hoffen, die bedenklichen Folgen der Meningitis, besonders bleibende Gehirn- und Gehörstörungen zu verhüten. Es dürfte doch kaum auf Zufall beruhen, daß E. unter

mindestens 23 unter Jodtherapie geheilten Fällen nur zwei gehabt hat, bei denen Störungen dieser Art zurückblieben. Natürlich kann man neben dem jodsauren Natrium auch noch andere therapeutische Maßnahmen heranziehen: Applikation der Eisblase auf den Kopf und gleichzeitig (sehr empfehlenswert!) unter dem Nacken, Lumbalpunktionen, Kollargolsalbe usw. Sehr häufig hat sich E. veranlaßt gesehen, neben Jod auch Bromkalium zu geben, das sehr geeignet ist, die bestehenden Kopfschmerzen und neuralgiformen Schmerzen zu lindern und vor allem die Brechneigung zu beseitigen. Dazu kommt, was namentlich bei Kindern ins Gewicht fällt, daß Bromkalium ein vortreffliches Mittel ist, die oft das ganze Krankheitsbild beherrschenden Konvulsionen zu bekämpfen, die Zahl der Krampfanfälle erheblich zu verringern und Schlaf herbeizuführen.

Außer bei Meningitis cerebrospinalis hat E. das Natr. jodicum auch bei anderen Affektionen mit Erfolg benutzt, wo möglichst energische Jodwirkung erwünscht war. Speziell bei chronischen Lymphdrüsenschwellungen hat es sich bestens bewährt. Grätzer.

A. E. Davis, Eye symptoms of Cerebrospinal Meningitis. (N. Y. Med. News. 1905. S. 644.) Verf. teilt die Augensymptome der Zerebrospinalmeningitis in motorische und Sehbeschwerden ein:

1. Motorische Symptome: Paralyse des Abducens und des Motor. oculi. Paralyse des Fazialnerven und manchmal Geschwür an der Hornhaut. Paralyse des ophthalmischen Astes des Trigeminus, mit Anästhesie der Hornhaut oder Hyperästhesie und Kopfschmerzen. Paralyse des Posticus ist selten. Zuweilen Ptose an der einen oder anderen Seite. Konjugierende Abweichungen pflegen sekundär zu sein. Bei Verletzungen des Bindegewebes stellt sich eine Abweichung des Auges auf der selben Seite ein, bei Verletzung der Gehirnbrücke Abweichung auf der entgegengesetzten Seite.

2. Sehbeschwerden: Opticusneuritis entsteht meistens spät, sie ist von diagnostischer Bedeutung wenn sie früh eintritt. Neuroretinitis und Perineuritis. Die Opticusscheibe ist rauchig oder getrübt, oft auch hyperämisch und zuweilen hämorrhagisch. Die Opticusatrophie mag primär oder sekundär sein; in manchen Fällen erholt sich die Sehkraft wieder. Zuweilen findet auch eine plastische und eitrige choroiditis statt, manchmal kompliziert durch Eitersammlung in der vorderen Augenkammer. Gewöhnlich tritt Blindheit ein. Panophthalmitis ist selten. Photophobie ist ein frühes Symptom. Konjunktivitis ist sehr oft vorhanden. Parenchymatöse Hornhautentzündung ist eine sehr ernsthafte Komplikation. H. B. Sheffield.

II. Therapeutische Notizen.

Somatose und Puro hat Dr. Al. Pollak (Prag-Weinberge) mit bestem Erfolge angewandt. Beides sind vorzügliche Nährmittel. Daß man mit Somatose einen erwachsenen Menschen eine Zeitlang zu ernähren imstande ist, zeigt P. an einem Beispiel. Er hat auch Somatose als recht wirksames Lactagogum schätzen gelernt; das Präparat ruft beträchtliche Vergrößerung der Milchmenge hervor, und mancher Mutter wird so die Möglichkeit zum Stillen gegeben. Welches von

beiden Präparaten man geben soll, das hängt oft bloß von dem Geschmack des Pat. ab; manche nehmen Somatose lieber, manche Puro (andere das auch vorzügliche Sanatogen, manche sogar Tropon). Aber es gibt auch bestimmte Indikationen. Puro enthält neben Eiweiß reichliche Mengen von Kohlehydraten und Salzen; es erscheint geeignet für Pat., welche weder Eiweiß noch Kohlehydrate oder Fett in genügender Menge zu sich nehmen, während die Somatose mehr für diejenigen Fälle zu empfehlen wäre, in denen es sich um ein Eiweißdefizit in der Nahrung handelt; der Salzgehalt des Puro ist ferner wichtig für akute schwere Schwächezustände. Sehr häufig gibt P. mit bestem Erfolge abwechselnd Somatose und Puro, besonders bei oder nach schweren Infektionskrankheiten; speziell hat sich dies beim Typhus vortrefflich bewährt.

(Therap. Monatshefte. Juli 1906.)

Klinische Erfahrungen über Lacto teilt A. Delavilla (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien) mit. Lacto ist ein teigartiges Produkt von hellbrauner Farbe, welches leicht nach geröstetem Brot riecht und, in Wasser gelöst, etwa den Geschmack einer Fleischbrühe besitzt. Es ist leicht löslich in warmem Wasser und vollkommen keimfrei, weshalb es unbegrenzt haltbar ist. Es wird nur aus dem Kasein und Serum entfetteter Milch hergestellt. Nicht nur durch seinen hohen Eiweißgehalt, sondern auch durch seinen Reichtum an Phosphor eignet sich Lacto auch ganz besonders in der Kinderpraxis zur Anwendung bei Rachitis und anderen Stoffwechselkrankheiten, die auf mangelhafter Ernährung beruhen. In den 20 Fällen, in denen Lacto (in warmem Wasser oder Fleischbrühe, in Gemüse usw.) zu 2—3 Kaffeelöffeln pro die verabreicht wurde, nahmen es die Pat. stets gern und vertrugen es durchaus gut. Lacto regte den Appetit an und hatte eine ausgezeichnete Wirkung auf den Ernährungszustand der Rekonvaleszenten nach schweren Krankheiten. Bei den Pat. mit primärer und sekundärer Anämie besserte sich das Blutbild wesentlich; es stiegen der Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrozyten bedeutend an. Auch bei Verwendung in Form von Nährklysmen erzeugte Lacto keinerlei lokale Reizerscheinungen; es wurde vom Darm leicht resorbiert und gut vertragen. D. schildert 12 Fälle (Erwachsene), bei denen Lacto in markanter Weise seine Wirkung entfaltete.

(Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 23.)

Anwendung der Kindernahrung „Odda“ bei magendarmkranken Kindern empfiehlt Dr. H. Schlesinger (Frankfurt a. M.) auf Grund von Versuchen an 35 Kindern, welche an Gastritis, Enteritis, Obstipatio chronica litten. S. kann ebenso günstige Resultate publizieren, wie andere Autoren, die das Präparat früher angewandt haben. (Der Kinderarzt. 1906. Heft 6.)

Ernährungsversuche mit einem neuen Malzpräparat an atrophischen Kindern hat Dr. E. J. Lesser vorgenommen. Es handelt sich um das Candol, das bei 4 Kindern zur Anwendung gelangte und recht befriedigende Resultate ergab. In einem Falle wurde das Präparat allerdings nicht vertragen; Pat. nahm ab, und es traten sogar Magendarmstörungen auf. (Therap. Monatshefte. Juni 1906.)

Über moderne Eisentherapie in der Kinderpraxis läßt sich Dr. N. Swoboda Frühwalds Abteilung in d. Wiener Allg. Poliklinik) aus. Er hat Perdynamin und Lezithin-Perdynamin bei 20 Kindern (von 10 Monaten bis (9 Jahren) mit Anämie, Rachitis, Skrofulose, Tuberkulose angewandt und sehr befriedigende Resultate erzielt. Alle Kinder hatten vorher mehr oder minder häufig an Dyspepsien und Appetitlosigkeit gelitten. Die Präparate wurden stets gern genommen und gut vertragen; sie wirkten nicht allein günstig auf die Anämie, sondern hatten auch appetitanregenden Effekt, so daß die kleinen Pat. sich rasch kräftigten und an Gewicht zunahmen. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 18.)

Über den therapeutischen Wert des Eisennährpräparates Fersan läßt sich Dr. J. Margosches (Podu. Iloiei) aus und berichtet von einer Anzahl von Fällen, wo sich das Mittel bei primären und sekundären Anämien bestens bewährt hat. Besonders bemerkenswert waren die Erfolge bei Rachitis. Fersan wurde von den Kindern gern genommen (Schokoladepastillen) und auch bei längerem Gebrauche gut vertragen. Fersan ist deshalb so empfehlenswert, weil es die Eigenschaften eines hämatopoëtischen Eisenmittels mit denen eines Nährpräparates vereinigt, wobei die wichtige Phosphorkomponente als nervenstärkendes Reagens wirkt; es ist auch ein billiges Nährpräparat. (Mediz. Blätter. 1906. Nr. 26.)

Über den Wert der Somatose in der Therapie fällt Prof. Cavazzani (Pisa) auf Grund seiner Erfahrungen ein sehr günstiges Urteil. Wegen seiner ausgezeichneten Assimilierbarkeit und vortrefflichen Verträglichkeit verdient das Präparat in der Rekonvaleszenz und bei allen Zehrkrankheiten ausgiebig verwandt zu werden. C. hat bei einigen Krankheitsformen während der Somatosekur auch noch andere bemerkenswerte Beobachtungen gemacht. So bei 3 Nephritikern, wo während der Darreichung der Somatose deutliche Verminderung des Eiweißgehaltes im Urin eintrat. Bei den anderen Nephritikern bewirkte Somatose nur Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes und der Blutbildung, begleitet von langsam fortschreitender Besserung der Nierenfunktion. Auch auf dem Gebiete der Neurosen hatte C. recht befriedigende Resultate, indem er Somatose auch als Fleischersatz benutzte. Sofern es hier nicht angängig ist, den Stickstoffgehalt der Nahrung zu erheblich und für längere Zeit zu reduzieren, oder falls gewisse Vorurteile der Familienangehörigen eine Unterdrückung der Fleischnahrung erschweren, kann man sein Ziel immer erreichen, wenn man an Stelle des Fleisches Somatose gibt. Bei einem seit dem 2. Lebensjahr hochgradig epileptischen Knaben, bei dem sich die Anfälle gewöhnlich 3—4 mal im Monat wiederholten, reichte Fleischverbot und Verordnung von Somatose und Eisensomatose hin, um die Zahl der Anfälle beträchtlich zu verringern und gleichzeitig eine durch Brommedikation entstandene Anämie zu heilen. Bei einem Knaben mit Pavor nocturnus, bei einem Mädchen mit hysterischer Chorea gleich günstiges Resultat. Bei einem Kinde von 11 Monaten, das schon mit Fleisch gefüttert wurde, tetanische Krämpfe hatte und schwerkrank war, wurde durch sofortige Einstellung der Fleischkost und Ersatz durch Somatose (10 g pro Tag) in 1 Monat Heilung erzielt. Auch bei Pat. mit Phthise, Darmtuberkulose usw. bewährte sich Somatose. (Die ärztl. Praxis. 1906. Nr. 13.)

Arzneibehandlung der Bleichsucht und anämischer Schwächezustände. Dr. O. Günzel (Soden i. P.) empfiehlt hierzu warm das Bioferrin, das bei diesen Zuständen ausgezeichnet wirkt und sich bei schwächlichen, anämischen Kindern vortrefflich bewährt. Auch Säuglingen wurde Bioferrin (2 mal täglich 5 g) mit bestem Erfolge gegeben. (Ibidem.)

Therapeutische Versuche mit Bioferrin bei Anämien im Kindesalter hat Dr. H. Herzog (Univers.-Kinderklinik Heidelberg) gemacht. Es wurde das Präparat 19 Kindern mit primärer oder sekundärer Anämie verabfolgt (3 mal täglich 5—10 ccm). Resultate sehr zufriedenstellend. Günstige Beeinflussung der Blutbeschaffenheit unverkennbar, meist rasches und sehr erhebliches Anwachsen des Hämoglobingehaltes. Besonders beweisend 3 Fälle, wo seit Monaten alle ärztlichen Bemühungen, durch diätetisch-physikalische Therapie und Medikamente die Anämie zu beseitigen, vergeblich gewesen waren, während bei Bioferrindarreichung bald Erfolg eintrat. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 28.)

Über die Behandlung von Bleichsucht mit heißen Bädern kann Prof. Dr. H. Rosin (Berlin) nur Gutes berichten. Natürlich hat diese Kur nur Erfolge bei reinen Chlorosen, nicht solchen Erkrankungen, welche sich oft anfangs unter diesem Bilde verbergen (Tuberkulose, Herzleiden, Nephritis, chron. Intoxikationen, Kachexien usw.), und die daher vorher ausgeschlossen werden müssen. Die Bäderbehandlung erfordert einen 4—6 wöchentlichen Zeitraum, in welchem 3 mal wöchentlich die heißen Bäder verabfolgt werden. Die zweite Hälfte des Vormittags eignet sich am besten hierfür; man muß im ganzen etwa 2 Stunden Zeit darauf verwenden. Die Temperatur des Wassers soll 40° C. (32° R.) betragen; die Pat. haben sich vorher mit einer kühlen Kopfkappe oder einem nassen Handtuch zu bedecken. Zum 1. Male genügen 10—15 Minuten, später kann bis 20 Minuten gebadet werden. Unmittelbar nach dem Bade wird wenige Sekunden lang kühl geduscht und trocken gerieben, sodann 1 Stunde geruht. Bereits nach dem 3. bis 4. Bade muß eine Besserung des Allgemeinbefindens wahrnehmbar sein, nach dem 6. muß sich subjektiv und objektiv die Besserung zu zeigen begingen. In zahlreichen Fällen führen 12 Bäder in 4 Wochen bereits zu völliger Gesundung; zuweilen geht die anfangs rasch eintretende Besserung später langsamer vorwärts. Hin und wieder gelingt es überhaupt nur, eine gewisse Besserung zu erzielen, in einzelnen Fällen tritt gar kein Erfolg ein. Jedenfalls möchte R. die heißen Bäder in der Therapie der Chlorose nicht mehr missen. (Die Therapie der Gegenwart. Juli 1906.)

Über Cerolin teilt Dr. E. Toff (Braila) seine Erfahrungen mit. Auch Kinder nehmen manchmal die von der Firma Boehringer & Söhne (Mannheim) hergestellten Pillen (mit 0,1 Cerolin) ganz gut, event. müssen sie Cerolin-Milchzuckertabletten (mit 0,025 Cerolin) bekommen. Cerolin bewährt sich bestens bei Akne, Folliculitis, Furunculosis und bei chron. Obstipation. In allen diesen Fällen ist die Anwendung dieses Hefepräparates sehr zu empfehlen.
(Medizin. Klinik. 1906. Nr. 29.)

Untersuchungen über die Einwirkung des Protylins auf die Phosphorausscheidung des Menschen hat Prof. Dr. R. O. Neumann (Hygien. Institut Heidelberg) ausgeführt, und er faßt das Resultat derselben in folgenden Sätzen zusammen:

„Bei den Versuchen, in denen ein Teil des Nahrungseiweißes und des Phosphors durch eine aliquote Menge Protylin ersetzt wurde, konnte der Organismus ganz oder fast ganz auf seinem Stickstoff- und Phosphorgleichgewicht erhalten werden. In anderen Versuchen, in denen zur vollen genügenden Nahrung verschieden große Mengen Protylin gegeben wurden, zeigte sich ein Stickstoffansatz und gleichzeitige Phosphorretention. Daraus darf geschlossen werden, daß der Phosphor und das Eiweiß des Protylins im Organismus zugunsten des Zellaufbaues resorbiert und assimiliert wird und dem Körper zugute kommt.“
(Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.)

Mufflers sterilisierte Kindernahrung hat Dr. A. Klautsch (Kinderpflege- u. Heilanstalt „St. Elisabeth-Kinderheim“ in Halle) mit bestem Erfolge benutzt. Sie wird allen Anforderungen, die man an ein Kindernährmittel stellen muß, durchaus gerecht und von den Kindern sowohl mit Wasser allein gekocht wie als ergänzender Zusatz zu der mit Wasser verdünnten Kuhmilch fast ausnahmslos gern genommen und gut vertragen. Auch bei der Ernährung verdauungsschwacher, magendarmkranker Kinder bewährte sie sich, wurde leicht verdaut und gut ausgenutzt. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 31.)

Zwei neue Saugapparate für die Kinderpraxis hat R. W. Raudnitz (Prag) konstruiert. Der eine, senkrecht abgebogen, mit verschieden breiten platten Saugglocken versehen, wurde mit Erfolg bei Entzündungen der Rachenmandeln benutzt, der andere, gerade, langgestielte mit runder Glocke bei Retropharyngealabszessen; bei letzteren macht R. nur einen kleinen Einstich, läßt die Hauptmasse des Eiters sich spontan entleeren und saugt den Rest und das Blut heraus, wodurch er dem Kinde das Verschlucken des Blutes erspart. Die Apparate werden hergestellt von Glasbläser Grünwald in Prag und der Firma Eschbaum in Bonn. (Prager med. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin.

(Nach Berliner klin. Wochenschrift.)

Sitzung vom 15. Februar 1906.

E. Lesser: **Erythema septicum bullosum.** Es handelt sich hier um ein dreijähriges Kind, daß am 31. Januar mit einem Exanthem aufgenommen wurde, welches aus Blasen und Erythemeffekten gebildet wurde. Bei der Aufnahme überwogen die Blasen. Das Kind hatte besonders an den Extremitäten, im Gesicht und am Halse zahlreiche, zum Teil sehr schön ringförmige, fünf- bis zehnpfennigstückgroße Blasen. Einzelne von diesen waren geplatzt und hatten zu Schorfbildung Veranlassung gegeben. Das Kind fieberte die ersten Tage nicht, aber schon am dritten Tage trat eine Temperaturerhöhung ein und mit dieser eine neue Eruption von Blasen.

Das Fieber ging wieder herunter, stieg dann am 7. Tage des Aufenthalts einmal bis über 40°, gleichzeitig wieder eine lebhafte Neueruption herbeiführend. Nun trat der zweite Faktor, nämlich die Erythembildung, mehr in den Vordergrund. Das Kind bekam ein in Guirlandenform angeordnetes Erythem über große Körperstrecken. Die ganze vordere Partie der Brust war ergriffen. Man sieht auch jetzt noch das Erythem am Oberarm. Zum Teil waren die Blasen auf solchen erythematösen Flecken, aber viele von den Erythemstellen waren gänzlich

ohne Blasenbildung. Im weiteren Verlaufe ging das Fieber wieder herunter. Wie Sie an der Kurve sehen, sind jedoch nachher noch zwei oder drei Zacken gekommen, und jedesmal ist im Anschluß an die Temperatursteigerung eine neue Eruption aufgetreten. Es stellte sich bei der ersten Untersuchung ferner heraus, daß das Kind auf der rechten Seite eine stark geschwollene Achseldrüse hatte. Die Anamnese ergab folgendes: Das Kind ist am 11. Dezember vorigen Jahres am rechten Arm geimpft worden, die vier Impfstriche gingen an. Am 1. Januar, also zwanzig Tage nach der Impfung, bemerkte die Mutter beim Baden, daß die Borke der einen Impfstelle abfiel durch Kratzen oder zufällige Berührung, und daß etwas Blut aus dieser Stelle sich entleerte. Vier Tage später fiel ihr auf, daß in der rechten Achselhöhle sich ein etwa pflaumengroßer Knoten, der etwas empfindlich war, gebildet hatte. Die Haut soll zuerst nicht gerötet gewesen sein, rötete sich aber in den nächsten Tagen nach Anwendung von warmen Umschlägen. Als das Kind hier aufgenommen wurde, etwa drei Wochen später, war die Schwellung der Achseldrüse auch noch vorhanden; sie war etwa kastaniengroß, in den ersten Tagen empfindlich, die Haut war gerötet, so daß man daran denken mußte, daß es zur Abszedierung und zum Durchbruch kommen würde, indessen ging die Drüsenschwellung im weiteren Verlauf zurück. Der Blaseninhalt wurde bakteriologisch untersucht. Herr Kollege Beitzke hatte die Freundlichkeit diese Untersuchung vorzunehmen. Es ergab sich ein ganz negatives Resultat. Die Nährböden, die mit dem Inhalt beschickt wurden, blieben vollständig steril. Die mikroskopische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab ebenfalls ein so gut wie negatives Resultat. Es wurden zwar einzelne Kokken gefunden, aber nur ganz wenige; Herr Kollege Beitzke hat überhaupt nur ein „kokkenähnliches Gebilde“ in seinen Angaben damals notiert.

Die Deutung dieses Falles ist mir jedenfalls im Anfange nicht ganz leicht gewesen. Im ersten Augenblicke glaubte ich, daß es sich um eine Impetigo contagiosa handelte, die durch eine äußere Staphylokokkeninfektion bedingt war, und die bei so kleinen Kindern ja sehr gut den Charakter des Pemphigus neonatorum — das Auftreten dieser wasserhellen Blasen — annehmen konnte. Indes die genauere Betrachtung des Krankheitsbildes ergab sehr bald, daß es sich hier um eine durch eine innere Ursache hervorgerufene Eruption handeln müsse. Es kam in erster Linie der sogenannte akute Pemphigus in Betracht, die Febris bullosa, also eine schwere Infektionskrankheit, deren Ursache noch völlig dunkel ist, bei der das Hauptsymptom an der Haut die Blasenbildung ist, die in einzelnen Fällen nach einem cyklischen Vorlauf, ähnlich wie beim Typhus etwa, zur Heilung kommt, in einer ganzen Anzahl von andern Fällen jedoch in ganz akuter Weise zum Exitus geführt hat. Diese Annahme war nicht wahrscheinlich, weil der allgemeine Zustand des Kindes nicht dem schweren Krankheitsbilde entsprach, welches beim Pemphigus acutus die Regel ist. So bin ich denn zu der Ansicht gekommen, daß es sich hier um ein Exanthem handelt, welches in die Reihe der septischen Ausschläge hineingehört. Es ist das ja eine große Gruppe, die gewiß nicht vom bakteriologischen Standpunkte aus eine einheitliche Ursache hat, sondern es ist ganz sicher, daß eine Reihe verschiedener Krankheitserreger solche Ausschläge hervorrufen können. Es ist eine große Zahl von solchen Fällen bekannt. Ich erinnere Sie nur an die septischen Erytheme, wie wir sie bei Diphtherie z. B. sehen. Die Form der Ausschläge ist außerordentlich wechselnd. Es kommt alles vor: Erytheme, Quaddelbildungen, Blasenbildungen und Pustelbildungen. Damit würde also der Befund bei diesem Kinde vollständig übereinstimmen. Ich glaube auch, daß die Anamnese einen Anhaltspunkt nach dieser Richtung gibt.

Die erste Frage, die zu entscheiden war, war natürlich die, ob die Impfung in irgend einer direkten Beziehung dazu stehen konnte. Das mußte abgelehnt werden. Das Kind war am 11. Dezember geimpft worden, und erst am 5., 6. Januar, also etwa 4 Wochen später, traten die ersten Blasen auf. Wenn nun auch hier ein direkter Zusammenhang nicht besteht, so glaube ich allerdings doch, daß es sich um einen indirekten Zusammenhang handelt. Denn wie ich Ihnen schon sagte trat drei Wochen nach der Impfung im Anschluß an das Abkratzen oder Abfallen einer Borke eine Lymphdrüsenschwellung auf. Ich glaube, daß die Annahme wohl am wahrscheinlichsten ist, daß nachträglich die eine Impfstelle sekundär infiziert, und daß von da die Lymphdrüse infiziert worden und es nun zu einer allgemeinen Infektion gekommen ist, natürlich zu einer sehr

benignen allgemeinen Infektion. Solche benignen septischen Infektionen, wenn ich diesen Ausdruck hier gebrauchen darf, sind ja öfter beobachtet worden.

Nun entsteht aber weiter die Frage, ob der negative, bakteriologische Befund des Blaseninhalts nicht gegen die Annahme einer solchen septischen Eruption sprechen würde. Es sind in anderen Fällen in der Tat Staphylokokken oder Streptokokken in den Hauteffloreszenzen nachgewiesen worden. Ich glaube aber doch, daß, wie wir das überhaupt von der Haut wissen, bei dieser ganzen großen Gruppe von Exanthemen die Haut in zweierlei Weise erkranken kann, nämlich einmal durch direkte Embolien oder Metastasen der Mikroorganismen, und das andere Mal durch die Einwirkung der Toxine auf die Kapillargefäße. In dieser Hinsicht kennen wir viele Analoga. Es ist dies ja doch schließlich derselbe Vorgang wie bei den Arzneiexanthemen, wo wir bei Jod, bei Salizylsäure, bei Antipyrin usw. ganz ähnliche Exantheme auftreten sehen, Erytheme, Bläschen- und Blasenbildung. Ich erinnere nur an Jodpemphigus, an bullöse Antipyrinexantheme, die ja geradezu den Eindruck eines schweren Pemphigus machen. Ich glaube also, es ist für diesen Fall wohl die wahrscheinlichste Erklärung, daß es sich um ein septisches Erythem mit Blasenbildung, aber um eine Wirkung der Toxine und nicht der Mikroorganismen handelt. Das Blut ist leider nicht untersucht worden; das würde ja in solchen Fällen unter Umständen einen Aufschluß geben können.

Sitzung vom 31. Mai 1906.

Heubner: a) **Eine bemerkenswerte Tuberkulinreaktion an der Haut.** b) **Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Hautaffektion.**

Diese kleine Kranke ist jetzt $2^1/_2$ Jahre alt. Sie stammt von einer schwindsüchtigen Mutter und ist zunächst 6 Wochen lang an der Brust und dann künstlich genährt worden. Sie ist schon ziemlich lange krank; sie hat eine erhebliche Rachitis gehabt und im Alter von einem Jahre die Masern überstanden. Von da an leidet sie an öfter wiederkehrender Diarrhöe. Mitte April fing sie an, ein Kopfekzem zu bekommen, von jener Form, wie sie sich unter dem Einfluß der Skrofulose entwickelt, das sich allmählich ausbreitete. Als sie am 19. April bei uns aufgenommen wurde, zeigte sich außer dem Kopf- und Gesichtsekzem noch ein anderes ungewöhnliches Exanthem. Das Kopfekzem bestand aus drei oder vier größeren Eruptionen, mit Schorf bedeckt, nässend. Auf der Außenfläche der Arme und Beine aber zeigte sich eine Eruption disseminierter kleiner Flecke und Knötchen, auf einzelnen waren Pustelchen aufgeschossen. Die Infiltration war an einigen Stellen gering, an anderen stärker, die Farbe großenteils tief dunkelrot. Als ich das Kind sah, erklärte ich meinen Assistenten, das sieht nicht recht wie ein diffuses Ekzem aus, das sieht mehr einem Hauttuberkulid ähnlich — wie sie ja in neuerer Zeit häufiger beschrieben worden sind. Es glich nicht dem längst bekannten Lichen scrophulosorum, sondern eher jenem Ausschlag, der in der Literatur als acneiformes Tuberkulid bezeichnet worden ist.[1]) Das Kind wurde in der gewöhnlichen Weise behandelt; das Ekzem heilte ab, aber eine phlyktänulöse Keratitis kam noch hinzu. Erst war das eine Auge krank und dann das andere. Nun, meine Herren, wir behandeln alle Skrofulösen, alle erblichen Tuberkulösen, soweit sie uns nicht die Besorgnis einer etwaigen Verallgemeinerung einflößen, schon seit Jahren mit Tuberkulin, und ich kann sagen, daß wir eben bei dieser Behandlung geblieben sind, weil sie vielfach gute Resultate zu zeitigen schien. Dieses Kind bekam also am 2. Mai $^1/_{20}$ mg Tuberkulin. Darauf reagierte es ganz wenig, und es trat nur eine gelinde Fiebersteigerung ein; eigentlich erhob sich die Kurve nur in sehr geringem Maße, so daß es zunächst ganz zweifelhaft war, ob hier überhaupt eine Reaktion angenommen werden könnte. Am 7. Mai wurde die Tuberkulineinspritzung wiederholt, und zwar jetzt mit $^1/_{10}$ mg. Zunächst war alles still. Einen Tag danach trat eine etwas stärkere Temperatursteigerung ein, nämlich auf 37,8, während bis dahin die Temperatur höchstens 37,1 erreicht hatte. Sie ging zwar wieder herunter, aber am 10. Mai fing ein mächtiges Fieber an, das allerdings von einer gleich-

---

[1]) Unter den Moulagen der dermatologischen Klinik der Charité habe ich ein Exanthembild gefunden, das als Tuberkulid bezeichnet ist und ganz und gar demjenigen meines Falles ähnelt.

zeitigen Angina begleitet war. Ich will bemerken, daß das Kind außerdem eine schon seit Monaten bestehende Otorrhöe hatte und diese sich plötzlich wieder stärker geltend machte. Nun begann eine sehr merkwürdige Erkrankung der Haut, deren Moulage ich Ihnen hier zeige. Also zunächst trat während dieses Fiebers eine intensive Reaktion an der Stelle der zweiten Tuberkulininjektion ein. Sie sehen eine ausgebreitete Rötung und Anschwellung der ganzen Vorderfläche des rechten Oberschenkels, in deren Mitte eine Bläschengruppe von Pflaumenkerngröße aufgeschossen ist. Aber damit begnügte sich die Reaktion nicht, sondern jetzt trat auf der ganzen Haut, sowohl auf dem Rücken wie auf der Brust, überall eine allgemeine Hautröte auf, die aber an den übrigen Stellen mehr den Charakter einer diffusen Eruption hatte, ein wenig gelbliche Flecke auf gerötetem Grunde. Diese Rötung verschwand in einigen Tagen. Während des Bestehens dieser Röte traten nun auf beiden Vorderarmen, da, wo das Exanthem besonders gesessen hatte und wo Sie jetzt noch an der Moulage Spuren sehen — jetzt ist alles abgeheilt — diese mächtigen düsterroten Schwellungen auf, die beiderseits die gesamte Streckfläche des Unterarms einnehmen. Bei der Berührung schienen die Stellen etwas schmerzhaft zu sein. Nach mehreren Tagen waren die Schwellungen wieder verschwunden. Meine Herren, nun weiter: als das vorüber war und die Symptome, die das Kind hatte, anfingen abzuheilen, verschwand das Ekzem, und das Kind hat sich wesentlich gebessert, allerdings mit der einzigen Ausnahme, daß entsprechend dem hohen Fieber, welches eine ganze Woche hindurch bestanden hat, das Körpergewicht zurückgegangen ist; jetzt ist die Kleine aber wieder fieberlos.

Dieser Fall ist nach zwei Richtungen hin interessant: einmal, weil es sich hier ganz zweifellos um eine örtliche Reaktion auf Tuberkulin handelt, und zwar eine Reaktion nicht bloß an der Stelle, wo die Einspritzung gemacht worden ist, sondern auch in weiter Ausdehnung an einige Oberteile, wo wahrscheinlicherweise, wenigstens nach der Vermutungsdiagnose, eine örtliche tuberkulöse disseminierte Hauterkrankung vorhanden war. — Das zweite interessante Moment ist aber hier, daß das Tuberkulin zweifellos in diesem Falle dieselbe Rolle gespielt hat wie sonst körperfremdes Serum. v. Picquet hat für das artfremde Serum nachgewiesen, daß seine Inkorporierung den Organismus überempfindlich für eine erneute Zufuhr dieses als Gift zu betrachtenden Serums macht. Wenn man Serum in die Haut einspritzt und, ehe eine Reihe von Wochen vergangen ist, die Einspritzung wiederholt, dann zeigt der Organismus einen rascheren Eintritt und intensiveren Verlauf der sogenannten Serumkrankheit. Eine ähnliche Wirkung haben wir hier; eine sehr geringe Einspritzung von Tuberkulin hat genügt, um bei diesem wahrscheinlich tuberkulösen Organismus Überempfindlichkeit herzustellen, die sich im Anschluß an die zweite Tuberkulininjektion in dieser bemerkenswerten Weise zu erkennen gegeben hat.

Ich erlaube mir die Moulage herumzugeben. Übrigens ist, wie Sie am Kinde sehen, seitdem eine erhebliche Besserung aller skrofulösen Erscheinungen eingetreten.

Die beiden nächsten Fälle betreffen schwere Hauterkrankungen, wo ich allerdings keine gesicherte Diagnose stellen kann; ich möchte Ihnen aber die Fälle vorführen, weil sie ungewöhnlich sind.

Dieses Kind ist zwei Jahre alt, die Mutter ist an Tuberkulose gestorben; ein Bruder ist gesund. Mit vier Monaten hatte das Kind eine Erkrankung zweifelhafter Art; es waren Geschwüre am Skrotum, die in einiger Zeit heilten. Mitte Januar, als das Kind ungefähr $1^3/_4$ Jahre alt war, bekam es Husten, der sich über zwei Monate fortsetzte. Es schwitzte oft, hatte nachts auch Fieber, kurz Erscheinungen und anamnestische Angaben, die sehr wohl daran denken lassen, daß es sich hier um ein Erbteil von der Mutter handelt. Ich will aber gleich hinzufügen, daß es uns nicht gelungen ist, einen sicheren physikalischen Nachweis der vermuteten Tuberkulose zu stellen. Die Mutter hatte auch einmal abortiert, bevor sie dieses Kind bekam, zwischen dem älteren Bruder und diesem Kinde. Weiter ist von seiten der Eltern durchaus kein Anhaltspunkt für die Diagnose vorhanden. Im Februar bekam das Kind ein Exanthem, das für syphilitisch angesehen wurde, und am After Erosionen. Ich muß aber bemerken, daß bei einem Kinde von $1^3/_4$ Jahren es nicht ganz gewöhnlich ist, an einem makulopapulösen Exanthem zu erkranken. Ich selbst habe es nicht gesehen. Am After sah ich noch etwas infiltrierte Hautstellen, die vielleicht Kondylome gewesen sein konnten.

Recht sicher war mir die Sache auch nicht. Am 24. April entstanden am Kopf, am Nacken und auf dem Rücken stecknadelkopfgroße Effloreszenzen und an den Beugeseiten der Extremitäten oberflächliche Erosionen und Ulzerationen. Das Kind wurde mit Sublimatinjektionen behandelt. Am 28. April war das Exanthem verschwunden. Jetzt aber gingen von der Stelle am Gesäß ganz ungefährlich aussehende Eruptionen aus, die sich in Gestalt von Knötchen darstellten, sich rasch mit Eiterblasen bedeckten und nun im Verlauf von 8 Tagen in diese kreisrunden markstückgroßen Hautnekrosen übergingen, deren Reste Sie jetzt sehen. Diese scharf begrenzten runden tiefen Geschwüre von Markstückgröße sind die Reste gleichgroßer Hautnekrosen, die sich in der kurzen Zeit von wenigen Tagen gebildet hatten. Auf einem der Geschwüre sehen Sie einen Teil des schwarzen Schorfes noch aufsitzen. So, meine Herren, wie Sie es hier sehen, an diesen kleineren Effloreszenzen, solche wie mit dem Locheisen herausgeschlagene schwarze kleine Schorfe — so fing die Sache auch bei den großen Geschwüren an. Während dieser Zeit hatte das Kind unausgesetzt hohes Fieber. Ich muß sagen, ich war nicht imstande, diese Hautaffektion zu klassifizieren. Wenn man sich mit dem Namen begnügen will, so kann man sie, wie Herr Kollege Lesser anfangs meinte, als Ekthyma kachecticum bezeichnen.

Während dieser Eruptionen und des hektischen Fiebers bekam das Kind mit einem Male eine kurz dauernde Enteritis. In dem entleerten Schleime fanden die Herren der bakteriologischen Abteilung des hygienischen Institutes Typhusbazillen, die auch mit Typhusserum, aber nicht mit dem des kranken Kindes, agglutinierten. Man kann nur annehmen, daß dieses vielen Leiden unterworfene Kind noch außerdem ein zufälliger Typhusbazillenträger ist, wenn es sich nicht doch vielleicht um die Tissierschen typhusähnlichen Mikroben handelt. Die Hautaffektion sah übrigens dem typhösen schweren Decubitus an manchen Stellen ähnlich. Ich fürchte leider, daß wir über diesen Fall in nicht allzulanger Zeit durch die Sektion aufgeklärt werden; das Kind ist sehr heruntergekommen und jetzt in sehr starkem Verfall[1]).

Meine Herren, einen Fall, der mit dem eben geschilderten etwas Ähnlichkeit hat, möchte ich Ihnen noch hier an diesem dritten Kinde zeigen, welches auch eine bewegte Krankengeschichte hinter sich hat. Es handelt sich um ein einjähriges Kind, das schon mit sechs Wochen ohrenkrank geworden und im vierten Monat mit einer starken Verschlimmerung des Ohrenflusses in die Ohrenabteilung aufgenommen worden ist; es hat aber keine Knochenerkrankung gehabt, sondern nur einen einfachen Mittelohrkatarrh. Als das Kind nun Fieber bekam, wurde es am 21. April auf unsere Abteilung gelegt, und es zeigte sich, daß es an einer linksseitigen lobären Pneumonie litt; außerdem zeigte es Erscheinungen von Spasmogenie, Facialisphänomen usw. Es ging aber ganz leidlich bis zum 8. Mai; das Fieber war herunter, die Pneumonie heilte ab. Mit einem Male brachen am 8. Mai Varicellen aus; wir dürfen annehmen, daß die Infektion mit Varicellen vielleicht auf der Ohrenabteilung oder auf dem Transport in das Krankenhaus vor 3 Wochen stattgefunden hat. Die Varicellen verliefen zunächst in gewöhnlicher Weise, aber es kamen an verschiedenen Stellen Abszesse. Ich will noch bemerken, daß das Kind, schon ehe es Varicellen bekam, Neigung zu Abszeßbildungen gehabt hatte; ein Abszeß hinter dem linken Ohr hatte schon auf der Ohrenabteilung eröffnet werden müssen. Wenige Tage nach dem Wiederauftreten der Abszesse verwandelten sich diese Varicellen mit einem Male an vielen Stellen in solche halbgangränöse große Blasen. Die Erkrankung ging durch die Cutis hindurch in das Corium hinein, und es bildeten sich auch hier an einzelnen Stellen tiefe Löcher, die allerdings jetzt zum Teil abgeheilt sind. Es ist nicht so schlimm wie mit jenem Kinde; aber Sie sehen hier noch eine ganze Zahl von jetzt allmählich verschorften Eruptionen. Jetzt trat noch eine septisch nekrotische Affektion der Lymphdrüsen vor und hinter dem Ohre hinzu, mit einer phlegmonösen Anschwellung der ganzen Umgebung des Ohres, das linke Auge wurde ödematös. Nachdem einmal eine kräftige Stauung nach Bier ausgeführt worden war, zeigte sich, daß hier die Haut vollständig nekrotisch war; es gab ein

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Das Kind starb kurze Zeit später. Die Sektion ergab eine ausgebreitete Tuberkulose der nicht sehr vergrößerten Mesenterial- und Bronchialdrüsen. Keine Zeichen von Syphilis. Im Blute kein Pyocyaneus.

großes Geschwür, in dessen Grund die angeschwollene halbnekrotische Lymphdrüse lag. Jetzt geht die ganze böse Affektion unter Granulationsbildung in Heilung über. Man kann sagen, daß bei diesem Kinde alle örtlichen Eruptionen, die viel schlimmer aussahen, als sie sich heute zeigen, im Rückgange begriffen sind. Das Kind ist aber durch unausgesetztes Fieber sehr heruntergekommen, so daß auch hier die Prognose immerhin noch zweifelhaft ist.[1])

Diskussion: Finkelstein: Ich wollte mir erlauben, zu dem zweiten Fall, dem mit den gangränösen Geschwüren, die Bemerkung zu machen, daß bullöse Hautaffektionen, welche schnell in Geschwüre übergehen, die den hier vorhandenen vollkommen entsprechen, beschrieben werden im Verlaufe derjenigen Infektionen, welche die Franzosen als Maladie pyocyanique bezeichnen. Ich erinnere mich solcher Fälle aus der Literatur,[2]) wo man, sei es im Darm, sei es im Sputum, sei es im Blut oder septischen Herden den Bacillus pyocyaneus meist in Begleitung von anderen Sepsiserregern gefunden hat, und ich selbst habe vor einigen Jahren auf der Klinik des Herrn Geheimrats Heubner schon einen derartigen Fall gesehen; da fanden wir ebenfalls neben den Geschwüren hämorrhagische Enteritis und hämorrhagisch eitrige Meningitis und im Darm, Hirnhäuten, Blut und Geschwüren reichlich Pyocyaneus mit Streptokokken vermischt. Ich möchte die Frage stellen, ob hier vielleicht irgendwo ebenfalls Pyocyaneus nachgewiesen wurde, beziehungsweise anregen, bei der Sektion darauf zu achten. Jedenfalls sind also in der Literatur solche Fälle beschrieben. Mit Lues hat meines Erachtens die Affektion nichts zu tun.

Roscher: Ich habe Gelegenheit gehabt, mit meinem Chef, Herrn Professor Lesser, das eine Kind vor einigen Tagen zu sehen, als es ungefähr den Status darbot, in welchem es heute gezeigt worden ist. Hier machten das Aussehen der Geschwüre und ihr Verlauf sowie auch die Anamnese, das Auftreten in Pusteln, die enorme Tendenz zur peripheren Ausbreitung, dann die gangränösen Schorfe, doch ganz den Eindruck wie der Ulzerationen, wie wir sie bei Lues maligna der Erwachsenen sehen. Kinder bekommen wir auf unserer Klinik sehr wenig zu sehen; es ist mir daher nicht bekannt, ob diese Form bei Kindern hier öfter beobachtet wird, bei Erwachsenen haben wir sie gar nicht so selten. Der Anblick, wie er sich hier bietet, unterscheidet sich von der Lues maligna bei Erwachsenen nur insofern, als bei diesen trotz der Tendenz zum peripheren Fortschreiten so in die Tiefe gehende Geschwüre wie hier kaum vorkommen.

Ich möchte dann noch fragen, ob Quecksilberbehandlung eingeleitet worden ist. Der Verlauf der Krankheit unter Quecksilberbehandlung würde an sich noch nicht gegen die Diagnose Lues maligna sprechen. Wir haben viele derartige Fälle, in denen die übliche Behandlung mit Schmier- oder Spritzkur gar keinen Einfluß hat und wo wir überhaupt nur mit den verhältnismäßig schärfsten Quecksilbermitteln, der Kalomelinjektionskur — neben der Joddarreichung — zum Ziele kommen. Ich glaube also, daß man, auch wenn die Quecksilberbehandlung in der üblichen Form ohne Erfolg eingeleitet worden ist, daraus noch nicht berechtigt ist, die Diagnose Lues auszuschließen.

Heubner: Ich möchte zunächst Herrn Finkelstein für seine Anregung danken; wir wollen das jedenfalls im Auge behalten. Von Meningitis ist absolut nichts vorhanden; das Kind ist vollständig klar, und es ist auch in der Krankengeschichte durchaus nichts erwähnt, was irgendwie darauf schließen läßt. — Mit Sublimat ist auch behandelt worden; aber nach den jetzigen Erscheinungen bei dieser großen Neigung zu Nekrosen habe ich keine Lust mehr, das Sublimat fortzusetzen.

Garlipp: a) **Ein Fall von Embolie der Art. brachialis bei Diphtherie.** b) **Zur Behandlung des erschwerten Decanulements.**

Meine Herren, der Knabe, den ich Ihnen hier vorstelle, erkrankte im Anfang Oktober vorigen Jahres an einer schweren Rachendiphtherie, die aber nach Einspritzung von Heilserum schnell abheilte. Mitte Oktober bemerkte die Mutter, daß der Knabe matt wurde und seinen Appetit verlor. Am 21. Oktober klagte

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Das Kind ging schließlich doch völlig geheilt ab.

[2]) Anmerkung bei der Korrektur: z. B. Baginsky, Arch. f. Kinderheilk. 28; Hitschmann, Wien. klin. Wochenschr. 1897, 16. Dezbr.; Kreibich, Arch. f. Dermatol. u. Syph. 50. (Abbildungen bei Baginsky und Kreibich.)



der Junge plötzlich über heftige Schmerzen im rechten Arm, während die rechte Hand „wie eine Totenhand“ wurde. Am nächsten Morgen waren Hand und Unterarm geschwollen und blau gefärbt. In den nächsten Tagen wurden die Finger teilweise blauschwarz, das Allgemeinbefinden des Knaben verschlechterte sich erheblich, so daß die Mutter die Poliklinik des Herrn Dr. Bendix aufsuchte, der die Liebenswürdigkeit hatte, uns das Kind zuzuschicken.

Bei der Aufnahme machte der Knabe den Eindruck eines Sterbenden. Er lag kraftlos im Bett, das Gesicht war totenbleich, die Stimme tonlos. Der Puls war fadenförmig, kaum zu fühlen, betrug 186 in der Minute, Blutdruckmessung nach Gärtner 65 mm. Die Herzdämpfung war nach links und rechts verbreitert, die Herztöne dumpf, leise. Es bestand Galopprhythmus. Die Leber überragte um 3 cm den Rippenbogen. Es bestand eine schwere Nephritis. Der rechte Arm lag kraftlos auf der Unterlage. Die Hand und der Unterarm waren ödematös geschwollen, die Haut hatte sich teilweise in Blasen abgehoben, teilweise waren tiefe nekrotische Stellen vorhanden. Die Finger waren dunkelblau, die Spitzen waren schwarz gefärbt. Die Nagelglieder des Zeige- und des vierten Fingers waren mumifiziert. In der Arteria brachialis fühlte man, ungefähr in der Höhe des Ansatzes des Musculus pectoral. major, eine Verhärtung.

Es handelte sich also um eine Embolie der Arteria brachialis. Der Embolus hatte seinen Ursprung wahrscheinlich von einem Herzthrombus genommen. Wie die Sektionen ergeben, kommen diese in 50 % der an Diphtherie Verstorbenen vor. Von diesem Thrombus hatte sich ein Stück losgelöst und war in die Arteria brachialis gefahren, deren völligen Verschluß er herbeiführte.

Der Knabe schwankte mehrere Tage zwischen Leben und Tod. Endlich wurde der Puls zuerst etwas kräftiger; es stellte sich Appetit ein und die Genesung machte dann langsame Fortschritte, so daß der Knabe im Anfang Dezember zum ersten Male das Bett verlassen konnte. Bei der Entlassung war die Herzdämpfung wieder normal, die Leberschwellung verschwunden und die Nierenentzündung abgeheilt. Auch die Folgen der Embolie waren nicht so schlimm, wie im Anfang zu befürchten war. Ich gebe Ihnen eine Photographie herum, die kurze Zeit nach der Einlieferung aufgenommen wurde. Wie Sie jetzt sehen, ist von den damaligen Veränderungen nicht mehr viel übrig. Nur die Endglieder des Zeige- und ein Teil des Nagelgliedes des Mittelfingers und vierten Fingers sind verloren gegangen. Die Haut hat sich bei den oberflächlichen Zerstörungen neu gebildet, bei den tieferen ist sie durch Narbengewebe ersetzt.

Seit seiner Entlassung befindet sich der Knabe in Behandlung der chirurgischen Poliklinik. Herr Professor Pels-Leusden hofft die Steifigkeit der Finger durch Massage usw. völlig zu beseitigen, beim Daumen ist es schon gelungen.

Die Embolie der peripheren Arterien bei Diphtherie sind sehr selten. Ich habe in der Literatur nur sieben Fälle finden können, die alle gestorben sind. Noch seltener ist eine Heilung bei einer derartigen Herzschwäche nach Diphtherie. Nur die sorgsamste Pflege in Verbindung mit Einspritzungen von Strychnin — täglich 0,001 — kann hier Rettung bringen.

Der zweite Knabe, den ich Ihnen vorstelle, ist vor kurzem geheilt entlassen worden. Er kam am 14. April mit einer diphtheritischen Larynxstenose zu uns. Da ich selbst wegen einer Verletzung am Finger die Intubation nicht ausführen konnte und ein anderer intubationskundiger Assistent nicht anwesend war, mußte die Tracheotomie ausgeführt werden, die sonst bei uns fast ganz durch die Intubation verdrängt ist. Das Decanulement machte nun außerordentliche Schwierigkeiten. Es gelang weder, die Kanüle zu entfernen, noch durch eine gefensterte Kanüle die Luft durch den Kehlkopf zu leiten. Wir beschlossen daher am 23. April die Intubation mit Gelatine-Alaun-Tuben, die von O'Dwyer angegeben und später hauptsächlich durch Bókay bekannt geworden ist. Ich habe mit diesen Tuben den Knaben vom 27. April bis 16. Mai 7mal intubiert, da stets nach dem Aushusten oder der Herausnahme des Tubus sich neue Stenosenerscheinungen einstellten. Erst am 16. Mai, nachdem der Tubus im ganzen 308 Stunden gelegen hatte, gelang die Extubation. Der Knabe ist seitdem, wie Sie sehen, völlig beschwerdefrei. Im Anfang hatte ich die Tracheotomiewunde noch durch eine Sperrkanüle offen gehalten; später ließ ich sie vernarben, so daß mit der Entfernung des Tubus auch die Tracheotomiewunde verheilt war.



Herr Professor Meyer, der die Güte hatte, den Knaben am 30. April zu untersuchen, stellte fest, daß das erschwerte Decanulement durch eine Nekrose des linken Trachealringes bedingt war.

Ich möchte die Methode bei passenden Fällen angelegentlichst empfehlen.

Diskussion. Börger: Ich möchte einmal fragen, worin der Grund für das erschwerte Decanulement bestanden hat. Diese erschwerten Decanulements haben verschiedene Ursachen, und ihre Behandlung ist eine der dankbarsten Aufgaben. Es kann einmal daran liegen, daß sehr bald im inneren oberen Wundwinkel sich Granulationen bilden, die dann durch Verlegen des Tracheallumens durch den Ringknorpel gelegt, und daß nachher durch Narbenbildungen am Ringknorpel eine Stenose bedingt wird, die auch das Decanulement in erheblichem Maße erschwert. Weiter kommt es vor, daß die Trachealwunde nicht genau in die Mitte gelegt wird, sondern lateralwärts, und daß durch die narbige Schrumpfung der lädierten Knorpel sich eine Art Sporn bildet, der in das Lumen der Trachea hineinragt und diese verengert. Es muß also zunächst unter allen Umständen genau auf laryngoskopischem, autoskopischem oder tracheoskopischem Wege festgestellt werden, woran das erschwerte Decanulement liegt. Die Granulationen werden mit der schneidenden Zange oder dem scharfen Löffel entfernt, dies genügt schon in den meisten Fällen, um das Decanulement gelingen zu lassen. In den anderen Fällen von Narbenstenosen ist die Nachbehandlung mit der O'Dwyerschen Intubationskanüle vielfach sehr empfehlenswert. Ich erwähne einen Fall, wo auch das Decanulement absolut unmöglich war und wo die Ursache des erschwerten Decanulements in einer Narbenstenose zu suchen war, die durch eine nicht ganz korrekt angelegte Tracheotomiewunde bedingt wurde. Wir haben dann das Kind mit der O'Dwyerschen Tube behandelt, haben versucht, die Tube immer länger liegen zu lassen, bis wir schließlich die Tube 18 Tage hindurch ohne jeden Schaden liegen lassen konnten; als sie dann nach 18 Tagen beseitigt wurde, war das Kind geheilt. Das Kind ist jetzt seit 5—6 Monaten aus unserer Behandlung entlassen; wir kontrollieren es noch öfter und können das Resultat als vollständig gelungen bezeichnen.

Ein weiterer Fall aus letzter Zeit betrifft einen an Oberkieferresektion operierten Pat., bei dem zwecks Narkose eine präliminare Tracheotomie gemacht worden war. Die Inzision hatte den Ringknorpel getrennt. Auch hier war ein Decanulement unmöglich; erst durch die geduldige und langwierige Nachbehandlung mit Schrötterschen Bougies und O'Dwyerschen Tuben gelang es schließlich, dauernde Heilung zu erzielen. Mir ist das Verfahren, das der Vortragende erwähnt hat, eine adstringierende Masse um die Tube zu streichen, neu; ich habe im Augenblick nicht genau in der Erinnerung, woraus diese zusammengesetzt ist.

Garlipp: Um den Hals der Kanüle wird erwärmte Gelatine gelegt. In die weiche Gelatinemasse wird gepulverter Alaun gedrückt und dann die Masse trocknen gelassen.

Börger: Ja, die Wirkung des Alauns kommt doch nur insofern in Betracht, als es ätzend wirkt und eventuelle Granulationen oder Ulzerationen beseitigt. Die Dilatation der verengten Trachea kann nur durch die mechanische Wirkung der Tube bewirkt werden.

Garlipp: Das Alaun soll in solchen Fällen adstringierend wirken, wenn irgendwelche Geschwüre da sind.

Kob: Meine Herren, bezüglich der Behandlung mit Bókayschen Tuben in dem zweiten Falle möchte ich noch einiges sagen. Wer die Vorteile der Intubation kennen gelernt hat, wie wir in unserer Klinik, wo wir ausschließlich intubieren, der wird versuchen, auch alle Mängel, die der Intubation noch anhaften, zu beseitigen. Zu diesen Mängeln gehört ohne Zweifel auch die Möglichkeit der Bildung von Decubitusgeschwüren. Wir haben nun in diesen Bókayschen Tuben ein ausgezeichnetes Mittel, um weiter intubieren zu können und dabei doch die Geschwüre zu heilen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß nach unseren Erfahrungen auf der Klinik diese Behandlungsweise sich auf das beste bewährt hat. Ich habe einen Fall in besonderer Erinnerung, wo die Tube 178 Stunden auf immer kürzere Pausen der Extubation gelegen hatte. Es hatte sich Decubitus gebildet, und ich wandte mich nun zu der Behandlung mit Alauntuben. Nach 72 Stunden Liegedauer des Tubus — dazwischen waren allerdings beträchtliche

Zwischenräume — oder, anders ausgedrückt, nach 7 Tagen der Behandlung mit Gelatine-Alaun-Tuben heilten die Decubitusgeschwüre und das Kind ist nachher vollkommen gesund entlassen und gesund geblieben. Ich will diesen Fall anführen, um zu erklären, daß ich nicht ganz die Ansicht teile, die Herr Geheimrat von Ranke auf der letzten Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte ausgesprochen hat, daß man nämlich, wenn Decubitus sich entwickele, zunächst eine sekundäre Tracheotomie machen und nun schon nach 2 oder 3 Tagen bereits erneut intubieren sollte. Ich halte das nicht für ganz rationell; ich halte es für viel konsequenter, wie wir es in ähnlicher Weise schon längst tun, daß man von der Tracheotomie absieht und gleich die Tubenbehandlung mit Alaun anwendet. Damit erreicht man ganz günstige Resultate und kann die Tracheotomie vollkommen entbehren. Auf unserer Klinik sind in den letzten 3—4 Jahren überhaupt keine sekundären Tracheotomien mehr gemacht worden, außer wenn Kinder in extremis eingeliefert wurden, bei denen die Respiration stillstand, oder bei Säuglingen und Schwächlingen des zweiten Lebensalters, oder wenn ein intubationskundiger Assistent gerade nicht anwesend war.

Salzwedel erwähnt, daß die Granulationswülste, die wie Klappen hin- und herflattern und wohl nicht nur durch Luftabschluß, sondern auch durch den Kitzel, der durch das Flattern verursacht wird, bzw. durch reflektorischen Reiz das Decanulement erschweren, auch im oberen Wundwinkel und dort so hoch sitzen können, daß sie von außen nur schwer zu erkennen sind. Durch Wegnahme solcher hochsitzenden Granulationen am oberen Wundwinkel durch Ätzung oder mit dem scharfen Löffel dürfte man gelegentlich eine längere Zeit dauernde Tubagebehandlung ersparen können.

Garlipp: Es handelte sich in diesem Falle weder um Granulationen, noch um eine Durchschneidung des Ringknorpels, noch um eine falsche Schnittführung, sondern, wie gesagt, um eine Nekrose eines Trachealknorpels.

IV. Monats-Chronik.

Pankow. Eine **Walderholungsstätte für Säuglinge** unter Leitung von Dr. Robardt ist vom Vaterländischen Frauenverein eröffnet.

Schöneberg. Der Magistrat hat die Errichtung einer eigenen **städtischen Kinderheilstätte an der See** in Aussicht genommen. — Im Auguste Viktoria-Krankenhaus wird für die leichterkrankten Kinder **Schulunterricht** erteilt werden.

Metz. Der Gemeinderat hat die Anstellung von **vier Schulärzten** beschlossen. Jedem derselben sind etwa 1000 Schulkinder zugewiesen, die monatlich mindestens zweimal auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden müssen. Jeder Arzt erhält dafür jährlich 2000 Mk. Die Anstellung eines Zahnarztes wurde abgelehnt.

Tübingen. Zur Gründung eines **Säuglingsheims** hat sich ein Komitee gebildet.

Neinstedt. Eine **Anstalt für Geistesschwache und Epileptische** wird am 1. November eröffnet. Sie ist dem Elisabethstift angegliedert und erhält ein besonderes Schulgebäude für geisteskranke Kinder.

Wien. Ein **neues Kinderspital** in Verbindung mit dem Franz Joseph-Spital ist am 18. d. M. eröffnet.

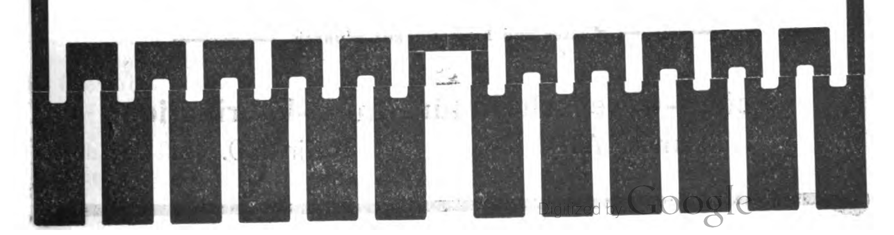
Rom. Hier hat sich eine Gesellschaft gebildet zur Förderung des **Studiums der Photo-Radiotherapie.** Dieselbe eröffnet in den nächsten Tagen eine eigene Heilstätte zu diesem Zwecke unter der Leitung des Dr. Rudolf Steiner, eines Wiener Dermatologen, der auch vom römischen Landtage mit der systematischen Bekämpfung des Favus mittels Strahlen in der Provinz Rom, wo über 10000 Kinder von dieser Krankheit befallen sind, beauftragt wurde.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. BENNECKE (Marburg), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. TH. FREYHAN (Berlin), Dr. FRICKE (Göttingen), Dr. W. GABEL (Lemberg), Doz. Dr. GRAANBOOM (Amsterdam), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. M. KAUFMANN (Mannheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. KURT MENDEL (Berlin), Priv.-Doz. Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. NETTER (Pforzheim), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Magdeburg), Priv.-Doz. Dr. H. B. SHEFFIELD (New York), Dr. A. SONNTAG (Berlin), Prof. Dr. H. STARCK (Karlsruhe), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. WEGSCHEIDER (Berlin), Dr. WENTZEL (Zittau), Dr. WOLFFBERG (Breslau).

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

Friedenau-Berlin.

XI. Jahrgang. November 1906. Nr. 11.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. November 1906. No. 11.

I. Originalbeiträge.

Über Rhinitis und Rhinopharyngitis im frühen Kindesalter.

Von

S.-R. Dr. **L. Fürst** (Berlin).

Als Stilling seinerzeit eine Tinktionsflüssigkeit, das Pyoktanin (Methylviolett), ein Gemenge verschiedener Anilinfarbstoffe, in der Augenheilkunde klinisch zu verwenden suchte, stellte sich heraus, daß tatsächlich schon eine schwache Lösung (1:1000—5000) antiseptisch und eiterzerstörend wirkte. Diese bakterientötende bzw. hemmende Wirkung erregte damals auch in weiteren ärztlichen Kreisen Interesse. Denn man hatte durch bakteriologische Untersuchungen festgestellt, daß manche Farbstoffe, und zwar außer dem Methylviolett das Cyanin, Malachitgrün usw. auf Kulturen stark entwicklungshemmend, wenn auch nicht phorizid wirken. Die Kinderheilkunde insbesondere zog daraus Nutzen, indem sie seinerzeit Mandelentzündungen und Pharyngolaryngitiden durch Pinselung mit diesem bis dahin nur bakteriologisch verwendeten Färbemittel, sowie mit Methylenblau (salzsaures Tetramethyldionin) recht erfolgreich behandelte. Trotzdem kam diese Tinktionsmethode in unverdiente Vergessenheit. Die letzterwähnte Lösung fand dann nur noch intern und subkutan[1]) bei Erwachsenen Verwendung, so daß das Methylenum caeruleum medicinale (Merck) aus dem Arzneischatz des Pädiaters wieder verschwand, obwohl man es nicht zu den obsoleten Mitteln zählte.

Neuerdings aber ist den Ärzten wieder die halb vergessene Tinktionsmethode in Erinnerung gebracht worden.[2]) Denn man hatte mit der örtlichen Anwendung von adstringierenden Lösungen (Acid. tannicum) und von Höllensteinlösung, auf deren keimtötende Wirkung man große Hoffnung gesetzt hatte, wenig Erfolg gesehen, die von Günther vorgeschlagene Pinselung mit Tinct. Pimpinillae verlassen und die von Sandahl angegebene Pinselung mit Tinct. Capsici annui (spanischem Pfeffer) selbst in starker Verdünnung viel zu reizend, zumal für das Kind, gefunden. Auch eine 1 $^0/_0$ ige Lösung von essigsaurer Tonerde eignete sich nicht zur örtlichen Applikation bei Kindern zarten Alters.

Nur das übermangansaure Kali, ein Tinktionsmittel von schwach

[1]) Ehrlich, Lippmann, Gattermann u. a.

[2]) Fabrik Voit & Co., Schwanthaler Str. 77, München.

antiseptischer Beschaffenheit, lenkte die Aufmerksamkeit allmählich auf die Tinktionsmethode zurück und trug dazu bei, ihr wieder Freunde aus pädiatrischen Kreisen zuzuführen.

Die Idee, welche Voit verfolgte, war darum eine zeitgemäße und glückliche, weil sie das Methylenblau mit einem altbewährten natürlichen Tinktionsmittel, dem Extractum Myrtilli compositum (e fructibus), dem aus Vaccinium Myrtillus (der Heidelbeere) gewonnenen Extrakt verband, also den gerbstoffhaltigen roten Farbstoff der Heidelbeere mit einem 0,1 $^{0}/_{0}$igen Zusatze von Methylenblau. Aus diesem Grunde des Zusammenwirkens zweier Farbstoffe nannte man dieses Extr. Myrt. comp. „Tinktin“ und die Methode, zu der man damit anregen wollte, „Tinktionstherapie“ und bezeichnete es als deren Aufgabe, durch örtliche Applikation Schleimhauterkrankungen zu bekämpfen, die — wie man allgemein annimmt — bakterielle Ursachen haben, insbesondere die Rhinitis, Rhinopharyngitis und Amygdalitis.

Da dies gerade Zustände sind, die im Säuglings- und frühen Kindesalter bedenkliche Folgen haben können, so hielt ich es für geraten, dies — an und für sich unschädliche — Mittel zu prüfen. Versuchsmaterial wurde mir bereitwillig zur Verfügung gestellt. Meine Versuche sind freilich nicht zahlreich; sie betrafen aber doch einige sehr charakteristische Fälle, bei denen es mir gelang, die höchst peinlichen primären und konsekutiven Symptome teils ganz zu beseitigen, teils erheblich zu mildern.

Um auf die Heidelbeeren zurückzukommen, so liegen verschiedene Analysen vor, die natürlich differieren, je nachdem es sich um die frische Frucht, die getrocknete Beere oder den Saft handelt. Ich will die Resultate zur Erleichterung des Vergleichs zusammenstellen, und zwar stets in Prozenten:

	Wasser	Stickstoff-substanz	Freie Säure	Invert-zucker	Sonstige N-freie Stoffe	Holzfaser (auch Kerne)	Asche (Mine-ralstoff)	Pentosan (Zucker-mengen)	Pektin
Frische Heidelbeeren. Nach König	78,36	0,78	1,66	5,02	0,87	12,29	1,02	—	—
Mittel aus Analysen von Fresenius (1855), „ Margold (1861), „ Omeis (1889), „ Kulisch (1893), „ Atwater u. Bryant (1895)	81,85	0,77	1,37	5,29	—	—	0,71	—	0,49
In der Trockensubstanz	—	0,82 (wasserlösl.)	—	29,15	—	—	—	—	—
Getrocknete Heidelbeeren. Nach Kayser ca. 1886	9,14	—	7,02 (Weinsäure)	20,13	—	—	2,48	0,76 bis 1,28	—

Die Asche enthielt 0,045 Eisenoxyd,
0,037 Manganoxydul,
0,191 phosphors. Kalk.

Der Heidelbeersaft enthält (im Mittel) nach 4 Analysen von Kayser, Omeis, Moritz und Weigert

10,60 % Extrakt,
6,27 „ Zucker,
1,13 „ Freie Säure (Apfelsäure),
0,287 „ Mineralstoffe.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich aber auch die Begründung für die Vereinigung der zwei angegebenen Mittel. Es wird dadurch ein gleichmäßig und intensiv färbendes Präparat gesichert.

Für das Extr. Myrtilli comp. dürfte nach alledem der reichliche Zuckergehalt, die freie Säure und der Gehalt an Mineralstoffen in Frage kommen, wenn auch dem charakteristischen Gehalt an Farbstoff und an Stickstoffsubstanz die gebührende Bedeutung nicht abzusprechen ist. Danach ist die Heidelbeere ein an Nährwert reiches Genußmittel, in Form des Beerweines sogar sehr beliebt, zumal für Blutarme, denen der Eisenmangangehalt zugute kommt. Sie ist zugleich ein Mittel, welches bei Mund-, Zahnfleisch- und Rachenentzündungen leicht adstringiert, die geschwellte Schleimhaut (zumal des Gastrointestinalkanals) abschwellen läßt, also auch seinen alten Ruf als volkstümliches Antidiarrhoicum sehr wohl rechtfertigt. Da das Extrakt etwas schmerzstillend und desinfizierend wirkt, wozu vielleicht der Gerbsäuregehalt beiträgt, so ist es verständlich, daß man versucht, es auf zugänglichen Stellen der Schleimhaut direkt zu applizieren, teils um ihre Empfindlichkeit und Reizbarkeit abzustumpfen, teils auch, um eventuell pathogene Keime in ihrer Entwicklung zu hemmen.

Aus diesen Gründen hat man, nicht ohne eine gewisse Berechtigung, vorgeschlagen, die akute Rhinitis, die Säuglingen und jüngeren Kindern schwere Atmungsstörungen zu verursachen pflegt, durch Pinselungen mit Extr. Myrtill. comp. zu behandeln. Schon Henoch hatte darauf hingewiesen, daß Erstickungs- und Orthopnoëanfälle beim Säuglingsschnupfen nicht selten sind, und Kußmaul sah infolge des an sich scheinbar harmlosen Katarrhes sogar Pneumonie entstehen. Die syphilitische Koryza bei Lues congenita hat bekanntlich ähnliche Gefahren im Gefolge. Auch weiß jeder Kinderarzt aus Erfahrung, daß die katarrhalische Stenose der Nasenhöhle erschwertes Atmen, Saugen und Trinken mit sich bringt, so daß die Kinder trotz Fütterung mit dem Löffelchen oder mit dem elastischen Katheter der Ernährungsstörung erliegen können. Ähnlich ungünstige Folgen kann die katarrhalische Schwellung der Schleimhaut im Nasenrachenraum und die akute Amygdalitis haben.

In solchen Fällen habe ich nun bei einigen Säuglingen und bei Kindern in den ersten Lebensjahren diese Pinselungen mit Erfolg angewendet, selbstverständlich, nachdem ich vorher unter größter Schonung Einspritzungen oder Pinselungen von lauem, schwach salzigem Wasser vorangeschickt hatte, um die kranke Stelle von Schleim, Krustchen usw. zu befreien. Eine 5—6 mal täglich erfolgende lokale Behandlung hatte, soweit meine Beobachtungen reichten, eine den Prozeß abkürzende, zum Teil selbst kupierende Wirkung, so daß die Kinder schon nach 1—2 mal 24 Stunden wieder einer völlig

unbehinderten Nasenatmung und Nahrungsaufnahme sich erfreuen konnten. Bei einiger belehrender Einübung kann man die leichten Handgriffe auch intelligenten Müttern beibringen, so daß diese selbst, zumal des Nachts, genau nach der Anordnung des Arztes verfahren können. Bei etwas größeren Kindern kann man den Nasenrachenraum und die Mandeln auch sehr gut durch Gurgelungen mit diesem Extrakt (1 Kaffeelöffel auf 1 Tasse Wasser) behandeln. Das Mittel ist an sich unschädlich, nur verfärbt sich beim Schlucken der Urin und man muß zum mindesten die Mütter vorher auf diese Erscheinung aufmerksam machen.

Daß die Verwendung des Extr. Myrtilli bei Anginen gute Erfolge aufzuweisen hat, ist schon von Winternitz ausführlich auseinandergesetzt worden. Auf der Tinktionskraft, dem Eindringen in die Gewebe, beruht, wie anzunehmen ist, ein Teil der schmerzstillenden, Schwellung und Reaktion verringernden Wirkung. Es schien mir deshalb angezeigt, diese gerade in den Fällen zu erproben, in welchen die normale Engigkeit der Atmungswege bei Schleimhautschwellung nicht nur schwere respiratorische Störungen mit sich bringt, sondern auch indirekt die Ernährung an der Brust oder mit der Flasche außerordentlich erschwert.

II. Referate.

Stan. Droba u. **Paul Kucera,** Die epidemische Genickstarre in Galizien 1905. (Das ärztliche Jahrbuch. Bd. 1. Heft 1. Krakau.) Von der Behörde mit der Erforschung wissenschaftlicher Fragen anläßlich obenerwähnter Epidemie betraut, legen Verff. in einem stattlichen Bande die Ergebnisse der Forschung vor. Es kann nicht von einer kurzen Besprechung das Eingehen in alle Details verlangt werden, die mit seltenem Fleiß und Hingabe an den Gegenstand in langen mühevollen Untersuchungen zusammengebracht worden sind. Es sei darum gestattet, bloß in Kürze und auszugsweise auf die wichtigsten therapeutischen, diagnostischen und prophylaktischen Schlußfolgerungen hinzuweisen, den aber nähere Details fordernden Forscher auf das Werk selbst aufmerksam zu machen.

Als Ursache der epidemischen Genickstarre wurde in 96,8 % der untersuchten Fälle der von Weichselbaum angegebene Micrococcus intrac. meningitidis konstatiert. Insgesamt kamen zur Untersuchung 64 Fälle, davon 62 mit oben angegebenem Befunde, in den zwei negativen Fällen war die Zerebrospinalflüssigkeit steril.

Verff. teilen die Bilder des Verlaufes der Krankheit mit Berücksichtigung der makroskopischen und zytologischen Untersuchung des Liquor cerebr. spinalis in drei Gruppen ein:

a) Die rapid verlaufenden Fälle zeichnen sich durch den verhältnismäßig wenig getrübten Liquor aus, bei größerem Prozentgehalt von Epithelien, geringer Menge der Mikroben und sehr geringem Prozentgehalt der von den Kokken gekennzeichneten Eiterkörperchen.

b) Die 2 Tage bis 2 Wochen dauernden Fälle haben einen eitrigen oder stark getrübten Liquor bei großer Menge von intra- oder extrazellulär gelagerten Kokken und geringem Prozentgehalt an Lymphozyten.

c) Die chronischen oder in der Rekonvaleszenz begriffenen Fälle weisen leicht getrübten Liquor auf mit bedeutender Lymphozytenmenge und geringer Anzahl von durch Kokken gekennzeichneten Eiterkörperchen.

Vom makroskopischen Bilde aus eine Prognose über den Verlauf und dessen Intensität zu stellen, ist unmöglich, ebensowenig ist die Menge der vorgefundenen Meningokokken ausschlaggebend. Im Liquor hält sich der Meningokokkus durch 2—3 Monate. Außerdem wurde die Anwesenheit desselben konstatiert im Nasensekret der erkrankten Personen, ferner der gesunden Umgebung und der vom Krankheitsherde angekommenen Personen. Die Infektionsquelle ist also immer das Nasensekret. Lebend erhält sich der Meningokokkus auf der Nasenschleimhaut bei Erkrankten 2—6 Tage vom Erkrankungstage, bei Gesunden 2—8 Tage vom Auftreten der Krankheit in der Familie, 20—79 Tage vom Momente der Infektionsmöglichkeit. Die Nasenschleimhaut ist, wenn nicht die einzige, doch wichtigste Eingangspforte, von wo der Krankheitserreger durch Lymphbahnen direkt in die Hirnhäute gelangt.

Wird bloß das mikroskopische Bild in Betracht gezogen, so können Fehldiagnosen durch Verwechslungen mit folgenden Kokken unterlaufen: 1. Micrococc. meningitid. spurius, 2. Micrococc. catarrh., 3. Micrococc. vulgaris.

Der spezifische Krankheitserreger lebt aber nicht konstant auf der Nasenschleimhaut; in von der Epidemie niemals heimgesuchten oder von derselben längst verlassenen Gegend wurde der Meningokokkus niemals vorgefunden.

Eine lange Reihe von Untersuchungen und Beweisen spricht dafür, daß die Ausbreitung der Krankheit nicht so sehr durch Erkrankte als vielmehr durch gesunde, der Umgebung des Kranken entstammende Personen vermittelt wird. In dieser Beziehung wirkte der Verkehr von Arbeitern zwischen Schlesien und Galizien fördernd auf die Ausbreitung der Epidemie.

In Zimmertemperatur kann der Micrococcus meningit. durch 2—5 Tage in feuchtem Zustande lebend sich erhalten, ausgetrocknet nicht länger als 24 Stunden. Bei der Übertragung spielt die hauptsächlichste Rolle die durch die Mikroben verunreinigte Luft, ferner die durch das Nasensekret beschmutzten Gegenstände.

Als Komplikationen wurden bei der Nekropsie konstatiert Pericarditis und Gonitis, hervorgerufen durch den Meningokokkus, ferner Miliartuberkulose und lobuläre Pneumonien.

Das Einimpfen auf Tiere verschiedener Gattung und Alters mißlang immer.

Auf die therapeutischen Ergebnisse übergehend, weisen die Verff. der Lumbalpunktion bloß einen symptomatischen Erfolg zu, das Mortalitätsverhältnis derart Behandelter ist sehr hoch (63,63 %).

Zum Schlusse geben die Verff. einige Winke. wie man dem Ausbreiten der Krankheit am besten Halt gebieten könnte:

1. Das Nasensekret, der Speichel, die Taschentücher sind der Desinfektion zu unterziehen. Die Hände sind nach jeder Berührung des Kranken oder der durch ihn benutzten Gegenstände zu waschen und zu desinfizieren.

2. Die Erkrankten sind zu separieren.

3. Theoretisch sollte die gesunde Umgebung — nach Verff. Ansicht die Hauptquelle der Weiterverbreitung — ebenfalls isoliert werden. Da es aber nicht gut tunlich ist, ist der Infektionsmodus womöglich den breitesten Schichten der Bevölkerung bekannt zu geben.

4. Da das eingetrocknete Virus sehr schnell zugrunde geht, ist Formalindesinfektion der Wohnung überflüssig, höchstens wäre der Fußboden mit Kalkmilch oder Karbolsäure zu waschen. Das Spucken auf den Fußboden ist zu verbieten. Gabel (Lemberg).

J. Ruhemann (Berlin), Zur Behandlung der epidemischen Genickstarre. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. Nr. 18.) R. empfiehlt das Natr. jodicum, das ihm bei einem Falle von Zerebrospinalmeningitis eklatante Dienste erwies. Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, bei dem 7 Ärzte die gleiche Diagnose stellten. Das Krankheitsbild war ein sehr schweres, das Leiden äußerst hartnäckig, alle angewandten Mittel varsagten, so daß der behandelnde Arzt keine Hoffnung auf Genesung mehr hatte. R. wurde nunmehr zu Rate gezogen. Er fand das Kind benommen, hoch fiebernd, zyanotisch, mit Kontrakturen an Armen und Beinen usw. R. verordnete eine Lösung von 2,5 g Natr. jodic. auf 150,0 Wasser, 2—3mal täglich $^1/_2$ Eßlöffel. Schon nach dem ersten Einnehmen wurde die Temperatur normal und blieb es, die furchtbaren Kopfschmerzen hörten auf, sehr bald schwanden auch die Kontrakturen und Nackenstarre, Patient wurde binnen kurzer Zeit vollständig gesund und blieb es auch und entwickelte sich durchaus normal weiter.

Wenn auch die Zerebrospinalmeningitis und besonders die Fälle, die einen subakuten Verlauf nehmen, einer spontanen Heilung fähig sind, so war doch hier das Aufhören des Fiebers und die Abheilung der sonst doch so schwer zu beseitigenden spastischen Paresen so auffallend prompt, daß man an die Wirkung des Natr. jodic. glauben mußte; auch das Ausbleiben zerebraler Nacherscheinungen war bemerkenswert.

Natr. jodicum zeichnet sich dadurch aus, daß es in kurzer Zeit sein gesamtes Jod in statu nascendi abgibt und stark bakterizid wirkt. Man kann es per os geben in etwa gleichen Dosen wie Jodkalium: von einer Lösung 4,0 : 200,0 3—4 mal täglich einen Eßlöffel.[1]) Die subkutanen Injektionen schmerzen nicht; R. hat bisher 3200 Injektionen gemacht, ohne je schädliche Wirkungen zu sehen. Er hält das Mittel auch für indiziert bei epidemischer Genickstarre; Schaden wird man nicht stiften, eventuell aber bedeutenden Nutzen, der sich jedenfalls auf die Verhinderung des Eintretens bzw. der Beseitigung

---

[1]) Gemeint sind hier offenbar die Dosen für Erwachsene. Ref.



bleibender Gehirnstörungen erstrecken wird. Bei der Unmöglichkeit, per os Medikamente zu nehmen, wird man anfangs 2—3 mal am Tage das Mittel subkutan anwenden (von einer Lösung Natr. jodic. 1,0 : 20,0 mit Zusatz von 0,3 g Eucain jedesmal 1—2 ccm, und zwar in möglichster Nähe des Kopfes, in die Stirn, an Hals, Schultern usw.) Nach Wiederkehr des Bewußtseins gibt man dann Natr. jodic. intern (4 : 200) und macht zur Unterstützung vielleicht noch täglich eine Injektion.

Grätzer.

Th. Escherich, Die Anwendung der Pyozyanase bei der Behandlung der epidemischen Säuglingsgrippe und der Meningitis cerebrospinalis. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien.)

L. Jehle, Über das Entstehen der Genickstarreepidemie. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 25.)

E. versuchte das vom Lingnerschen Laboratorium (Dresden) hergestellte neue Präparat, die Pyozyanase, erst gelegentlich einer auf der Säuglingsabteilung herrschenden Grippeepidemie. Nachdem ein Kind erkrankt war und mehrere andere nachgefolgt waren (Pfeifferscher Mikrokokkus gefunden!), wurden sämtlichen Säuglingen je fünf Tropfen Pyozyanase in jedes Nasenloch eingeträufelt, worauf weitere Erkrankungen sistierten und die Kokken im Nasensekret nicht mehr nachweisbar waren. Die mit den gewonnenen Reinkulturen angestellten Versuche ergaben, daß der Pyozyanase eine elektiv entwicklungshemmende und tötende Einwirkung auf den Mikrococcus catarrhalis (und ebenso auf den Meningokokkus) zukommt, während andere pathogene Keime sich als viel widerstandsfähiger erwiesen. Es wurde nun auch bei Patienten mit Meningitis cerebrospinalis das Mittel benutzt. Maßgebend dafür war der Umstand, daß der Meningokokkus dem Mikrococcus catarrhalis biologisch sehr nahe steht, daß die Infektion der Meningokokken ähnlich wie die der Grippe wahrscheinlich in den ersten Respirationswegen erfolgt und dort ähnliche Krankheitserscheinungen verursacht. Es war zu erwarten, daß durch die Abtötung der in der Nase und dem Nasenrachenraum vorhandenen Meningokokken der Infektionsträger unter Umständen vor einer Erkrankung an Meningitis behütet werden kann, daß dadurch auch die Infektion der Umgebung verhindert, und daß unter der Voraussetzung, daß alle vorher mit dem Kranken in Berührung gekommenen Personen oder zum mindesten diejenigen, in deren Nasen Meningokokken nachgewiesen werden, bis zum Verschwinden der Krankheitserreger isoliert und behandelt werden, vielleicht der hauptsächlichste Verbreitungsmodus der Seuche beseitigt werden könnte. Die elektive Wirksamkeit des Mittels gegenüber dem Meningokokkus legte auch den Gedanken nahe, bei der schon ausgebrochenen Meningitis durch Injektion der Pyozyanase in den Rückenmarkskanal die eingedrungenen Keime zu töten. Die Durchführung der intraduralen Injektionen bietet keinerlei Schwierigkeiten, das Mittel wurde auch in Dosen von 3—5 ccm gut vertragen; Reizerscheinungen und Kollapse kamen ja vor, gingen aber rasch vorüber. In den meisten Fällen war nach der Lumbalpunktion und der anschließenden Injektion von Pyozyanase Abnahme des

Fiebers und Besserung der nervösen Erscheinungen zu konstatieren, jedoch war dies nicht immer der Fall, und es konnte leider auch in früh und energisch behandelten Fällen nicht der Exitus verhindert werden. Es wurden nach der Injektion auch bakteriologische Untersuchungen der Punktionsflüssigkeit vorgenommen; meist wurde Verminderung der Bakterien, ja völliges Verschwinden derselben konstatiert. In den schwersten Fällen war dies freilich nicht zu erreichen, und man kann daher nicht sagen, daß eine sichere Abtötung der in die Hirnhäute eingedrungenen Meningokokken durch Pyozyanase gelingt. Dagegen ergaben die an der Nase und im Nasenrachenraum angestellten Desinfektionsversuche einen sehr befriedigenden Erfolg, indem meist schon nach einmaliger gründlicher Ausgießung derselben mit 5—20 Tropfen Pyozyanase bei den erkrankten Kindern Meningokokken 24 Stunden später nicht mehr nachweisbar waren; bei älteren Kindern wurden größere Dosen, 1—2 ccm, in jedes Nasenloch gebracht, event. mittels des von E. angegebenen Sprays. Die Behandlung ist einfach und wenig kostspielig, so daß auch die anscheinend gesunden Personen der Umgebung des Patienten derselben unterzogen werden können. Es ist kaum daran zu zweifeln, daß mit dem Verschwinden der Meningokokken aus dem Nasensekret nicht nur der Infizierte vor der drohenden Gefahr der Meningitis geschützt ist, sondern auch die Umgebung des Kranken vor der Ansteckung behütet und die Verbreitung der Seuche durch gesunde Zwischenträger verhindert werden kann.

J. hat auf einer Studienreise, die er auf Anregung Escherichs, seines Chefs, nach Orlau unternahm, sehr interessante Beobachtungen gemacht. Zunächst konnte er wieder konstatieren, daß zeitlich aufeinander folgende Erkrankungen räumlich in der Regel voneinander getrennt sind, daß demnach ein Infektionsweg, wie er bei Scharlach oder Masern vorkommt, bei der Genickstarre absolut nicht in Betracht kommen kann. Kinder sind hier als Infektionsträger auszuschließen. Es müßte ja sonst zu Schulepidemien, ferner in den kinderreichen Arbeiterkolonien zu deutlichen Infektionsherden kommen, da ja gerade Kinder sich mehr in der Umgebung ihrer Wohnung aufhalten und dort spielen. Nur Erwachsene, insbesondere die Eltern der Kinder als Zwischenträger können an der Weiterverbreitung der Krankheitsfälle schuld sein und infizieren ihre eigenen oder fremde Kinder. J. beobachtete, daß in weitaus überwiegender Mehrzahl nur Kinder erkrankten, deren Väter in ein und derselben Grube beschäftigt waren, während die vielen anderen Kinder von Arbeitern anderer Schächte gesund blieben, obwohl sie innerhalb der Arbeiterkolonien räumlich oft ganz dicht mit den Kindern der betroffenen Familien zusammenlebten. So können wir uns jetzt auch die anscheinende Regellosigkeit und das Sprunghafte des Auftretens der Erkrankungen im Epidemiegebiet für die Mehrzahl der Fälle leicht erklären. Daß selbstverständlich versprengte Krankheitsfälle auch in Familien anderer Schachtarbeiter vorkamen, ließ sich leicht darauf zurückführen, daß für eine Anzahl Arbeiter verschiedener Schächte der Weg zu und von der Arbeitsstelle ein gemeinsamer ist. Die Grube spielt aber für die Genickstarre eine ähnliche Rolle,

wie die Schule für die anderen Infektionskrankheiten. Sie ist das Zentrum, von dem die Erkrankungen ihren Ausgang nehmen. Ist in eine Grube von irgend woher ein Meningokokkenträger gelangt, so infiziert er durch seinen Auswurf seine Mitarbeiter in derselben Grube, und diese bringen aus ihr, ohne selbst zu erkranken, die Krankheitskeime in ihre Familien. Indirekte Ansteckungen innerhalb der Grube sind deswegen durchaus nicht ausgeschlossen, weil der Schacht mit seiner Wärme, Feuchtigkeit usw. einen riesigen Brutschrank darstellt. Die Erkrankung des Kindes zu Hause erfolgt gewiß durch das Ausspucken von seiten des heimkehrenden Vaters, der als Bergarbeiter ja oft genug an Pharyngitis leidet. Dies Ausspucken und Schnäuzen ist bei Kindern selten, deshalb ist auch eine Übertragung von Kind zu Kind so selten. So finden auch zwei weitere Tatsachen ihre Erklärung: das Auftreten der Meningitis fast nur in Gegenden mit Bergwerksbetrieb und das Ansteigen der Fälle während der Herbst-, Winter- und Frühjahrsmonate, in denen die Auswurf verursachenden Erkältungskrankheiten an der Tagesordnung sind. Es kann nun auch nicht mehr überraschen, daß die bisherigen Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Genickstarre so wenig nützten. Die Infektionsträger, die Erwachsenen, ließ man sich frei bewegen und versuchte nie die Behandlung dieser Infektionsquelle. Es müßten richtigerweise die Arbeiter aus einer betroffenen Familie so lange von der Arbeit ferngehalten werden, bis sie durch energische Behandlung als Infektionsträger ausgeschaltet worden sind. Grätzer.

John Lovett Morse, Comparitive Symptomatology of Tuberculous and Cerebrospinal Meningitis in Infancy. (Journ. Amer. Med. Ass. Vol. XLVI. Nr. 25.) M. analysiert 40 Fälle aus seiner Klientel. Die Diagnose wurde in jedem Falle entweder durch Lumbalpunktion oder Sektion festgestellt. Die Hälfte der Fälle war tuberkulös. Eine bedeutende Hebung im Mononuklearzellengehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit wurde als charakteristisch für Tuberkulose betrachtet. In 17 von den 20 Fällen von Zerebrospinalmeningitis wurde die Diagnose durch das Vorhandensein des Meningokokkus gestellt.

Der Anfall begann plötzlich mit Konvulsionen oder Sopor in vier tuberkulösen Fällen, dagegen langsam, mit keinen Erscheinungen, die auf das Gehirn die Aufmerksamkeit richteten, in 7 Fällen von Zerebrospinalmeningitis; bloß in 4 Fällen letzterer Art setzte die Krankheit plötzlich ein. Der Verlauf war auffallend kurz, eine Woche oder weniger in 3 Fällen, 2 Wochen oder weniger in 12 Fällen der tuberkulösen Meningitis, dagegen dauerten mehrere Fälle der Zerebrospinalmeningitis mehrere Wochen oder sogar Monate. Die meisten sogenannten typischen Erscheinungen waren in beiden Arten der Meningitis ziemlich gleich, ganz besonders was Temperatur, Puls, Respiration, Erbrechen, Konvulsionen und Schmerzen anbetrifft. Die Genicksymptome, Paralyse, Kernigs Symptom und intrakranieller Druck, waren deutlicher bei Zerebrospinalmeningitis. In den meisten Fällen letzterer Art war die Zerebrospinalflüssigkeit trüber als bei der tuberkulösen Form. Eine positive Diagnose kann nur nach ge-

nauer bakteriologischer Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit gestellt werden. H. B. Sheffield.

De Hartogh, Morbus Basedowii bei einem 11 jährigen Mädchen. (Ned. Tydschrift v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 1568.) Krankengeschichte eines in dem Amsterdamer ärztlichen Vereine demonstrierten Falles von Morb. Basedowii. Diese Krankheit kommt bei Kindern äußerst selten vor. Alle typischen Erscheinungen der Krankheit waren vorhanden. Graanboom.

R. Stegmann, Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Röntgenstrahlen. (Aus dem Rudolfinerhaus in Wien-Döbling.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 3.) S. hat schon früher zwei Fälle von Basedow durch Bestrahlungen der Struma zur Heilung gebracht. Er verfügt jetzt über einen dritten derartigen Erfolg. Bei einem 14 jährigen Mädchen, bei welchem alle sonst bei Basedow angewandten Therapieversuche vollständig wirkungslos geblieben waren, wurde durch sieben Bestrahlungen Heilung erzielt.

Diese drei Fälle zeigen also, daß eine Heilung der Basedowschen Krankheit durch Bestrahlung der veränderten Schilddrüse möglich ist. Durch die Bestrahlung des pathologischen Organs findet wahrscheinlich eine Läsion der Drüsenepithelien statt, die jedenfalls zu einer quantitiven und qualitativen Veränderung der Sekretion führt. Es sollte also der ganz unbedenkliche Versuch mit Röntgenbestrahlung bei Basedow nicht unterlassen werden. Grätzer.

A. Holub (Karlsbad), Zur Thyreoidbehandlung des Morbus Basedowii und insbesondere seiner Kombination mit Myxödem. (Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.) H. teilt die Krankengeschichte einer Familie mit, in der die zweitjüngste (16 jährige) Tochter wesentliche Züge beider Affektionen vereint zeigte, eine Schwester an deutlichen Zeichen der Basedowschen Krankheit litt, während die übrigen fünf Familienmitglieder, Vater und eine erst 11 jährige Tochter ausgenommen, seit ihrer Pubertät mit einer Struma — teils mit, teils ohne Tachykardie — behaftet waren. Bei der 16 jährigen Patientin wirkten die Thyreoidintabletten recht günstig ein, ebenso bei einer 19 jährigen und einer 26 jährigen Schwester.

Schwierig ist die günstige Beeinflussung der myxödematösen Symptome durch Tyreoidea bei gleichzeitig bestehenden Basedowschen Zeichen zu verstehen, und noch schwieriger die günstige Beeinflussung der letzteren durch dieselbe Therapie.

Schon die Tatsache, daß gleichzeitig Myxödem- und Basedowsymptome beim selben Kranken bestehen können, läßt sich mit der Idee, daß die Basedowsche Krankheit einem Hyperthyreoidismus, das Myxödem einem Hypothyreoidismus seinen Ursprung verdanke, nicht vereinbaren. Wir müssen mit Möbius, v. Nothafft und Oswald annehmen, daß es sich beim Basedow nicht so sehr um einen Hyperthyreoidismus, als um einen, wohl gewöhnlich mit Hyperthyreoidismus gepaarten Dysthyreoidismus handle, wobei es nicht unwahrscheinlich ist, daß zwischen beiden Veränderungen kausale Be-



ziehungen bestehen. Nur so können wir es verstehen, daß sich bei bestehendem Morbus Basedowii Zeichen von Mangel normalen Thyreoideasekrets zeigen, die durch Zufuhr von Thyreoidea geheilt werden können.

Die Besserung der Basedowschen Erscheinungen wäre als Folge einer Schonungstherapie in der Weise aufzufassen, daß durch die Zufuhr von Thyreoidea der sekretorische Reiz auf die Schilddrüse verringert würde, und daß durch diese zeitweilige Entlastung dieselbe die Fähigkeit zurückerlange, normales Sekret in normalen Mengen zu erzeugen.

Da ein Teil der Symptome der Basedowschen Krankheit wohl zweifellos auf Hyperthyreoidismus beruht, wofür schon die Ähnlichkeit der Symptomatologie der Thyreoidinvergiftung mit der des Morbus Basedowii, sowie die therapeutischen Erfolge der Strumektomie sprechen, so ist bei Verwendung der Thyreoideapräparate beim Morbus Basedowii äußerste Vorsicht unbedingt geboten. H. würde vorläufig raten, sie nur bei chronischen, nicht zu schweren Fällen zu versuchen. Sie kann aber, wie aus den mitgeteilten Fällen zu ersehen ist, von gutem Erfolge begleitet sein.

Eine strikte Indikation zur Thyreoidbehandlung von Basedowkranken scheinen myxödematöse Begleiterscheinungen zu ergeben.

Grätzer.

F. Siegert, Angebliches kongenitales Myxödem bei normaler Schilddrüse. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Juni 1906.) S. hatte 1903 die Diagnose Myxödem gestellt bei einem Knaben aus dem Aussehen, dem körperlichen und geistigen Verhalten, dem Skelettbefund und dem eklatanten Erfolg der Schilddrüsentherapie. Er rekapituliert jetzt den Fall, um nunmehr die richtige Diagnose zu begründen.

Das Kind hatte schon von den ersten Tagen an gedunsenes Aussehen aufgewiesen mit vor den Lippensaum tretender, anscheinend zu großer Zunge. Nase eingesattelt, Augen klein, große Fontanelle, sehr großes Kind, schlaff und apathisch. Später Weichteile ganz allgemein, besonders aber über dem Beckenkamm, vorn an der Achselhöhle, in Form schwammiger Pakete aufgetrieben. Nabelhernie. Hängebauch. Seit dem neunten Monat keine Schweiße mehr. Haare sehr struppig, Augenbrauen spärlich. Mit 20 Monaten fast gleichzeitig zwei vordere obere Prämolaren, mit 22 Monaten der linke, untere mittlere Schneidezahn, mit 24 Monaten zwei untere vordere Prämolaren. Steht, sitzt und geht nicht allein. Spricht kein Wort. Mit 25 Monaten große Fontanelle 4,6/2,2 cm, Kopfumfang nur 46,5 cm, Brustumfang 48 cm, Bauch in Nabelhöhe 57 $^1/_2$ cm. Alle Weichteile verdickt, Hände sehr plump, stets Zunge vor dem offenen Mund. Spricht kein Wort. Von der Schilddrüse absolut nichts zu fühlen. Körperlänge 78 cm.

Das Fehlen der Epikanthusbildung am Auge, dessen Lider sehr verdickt waren, die sonst bei Mongolen in gleicher Weise seltene Bildung von schlaffen, myxomartigen Wülsten der Haut in der Umgebung der Axilla und über den Hüften, das apathische Wesen, der offene Mund ließen S. die Diagnose „kongenitale Myxidiotie“ stellen. Bei heutiger Kenntnis der Dinge hätten schon damals folgende Zeichen auf die Diagnose „Mongolismus“ führen müssen: Die Maße (Körperlänge 78 cm mit 2 Jahren, Kopfumfang 46,5 cm bei 48 cm Brustumfang; also kein Zwergwuchs und zu große Länge für kongenitale

Athyreosis). Prinzipielle Bedeutung für die Diagnose Myxödem gewann die Hand bzw. deren Radiogramm. Mit 2 Jahren ergab sich ein bisher unaufgeklärter Befund. Das vollständige Fehlen aller Epiphysenkerne der Metakarpen und Phalangen, die Existenz allein von Kernen des Capitatum und Hamatum, die ungemeine Plumpheit der Hand, bedingt durch die Dicke der Weichteile, waren hier vereint zu einem Bilde, wie es sich bis dahin stets bei angeborener Athyreosis gefunden hatte, nie aber bei Mongolismus. Nun kam aber noch als besonders wesentlich hinzu der Erfolg der Schilddrüsentherapie. Es hieß damals, daß bei Mongolismus nichts von der Organtherapie zu erwarten sei. Aber bereits 9 Tage nach begonnener Schilddrüsenmedikation brach der erste, 17 Tage später der zweite untere Schneidezahn durch, nach weiteren 14 Tagen ein dritter. Das Kind wurde lebhafter, intelligenter, fing an zu stehen und zu gehen; bald wurde die Beschaffenheit der Weichteile normal, das Wachstum machte große Fortschritte, die Zunge blieb im Munde usw. Dieser Erfolg schien die Diagnose „Myxidiotie" zu sichern.

Nun starb das Kind 18 Monate nach begonnener Organtherapie an einer Bronchopneumonie. Bei der Sektion fand sich eine durchaus normale Schilddrüse. Erst ein weiterer Fall von bedeutendem Erfolge der Schilddrüsentherapie bei zweifellosem Mongolismus ließ S. jenen Fall wieder aufnehmen. Jetzt muß S. seine damalige Diagnose zurücknehmen und auch jenen Fall für Mongolismus erklären; das Fehlen der Schilddrüse ist für die Diagnose Myxidiotie Bedingung, beim kongenitalen Myxödem handelt es sich um Athyreosis! Der Fall modifiziert unsere Ansicht über das angeblich normale Verhalten der Haut, über die angeblich so gut wie erfolglose Organtherapie beim Mongolismus, der trotz fehlendem pathologischen Befund an der Schilddrüse und bedingt höchstwahrscheinlich durch unfertige, rückständige Gehirnentwicklung doch in manchen Fällen ein in vieler Beziehung dem Myxödem ähnliches Verhalten zeigen kann. Seltsam bleibt das sonderbare Verhalten des Handskeletts in diesem Falle.

Grätzer.

P. Argutinsky (Kasan), Ein Beitrag zur Kenntnis des kongenitalen Myxödems und der Skelettwachstumsverhältnisse bei demselben. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 37 u. 38.) Eine sehr interessante und eingehende Arbeit, die im Original durchgelesen werden muß. Hier sei nur der Schlußpassus wörtlich wiedergegeben:

„Somit ergibt sich bei unserem Kranken eine ganze Skala der Grade der Hemmung des Knochenwachstums im Skelett. Diese Hemmungsskala — von der schwächeren Hemmung der Knochenbildung zur stärkeren — gestaltet sich bezüglich der besprochenen Skelettabschnitte, wie folgt:

1. Die knöchernen Rippen, d. h. die langen Knochen des Rumpfes.
2. Die langen Knochen der Extremitäten und die Wirbelsäule.
3. Die knorpeligen Epiphysen der langen Knochen der oberen und unteren Extremitäten.

4. Die knorpeligen *kurzen Knochen* der oberen (und unteren) *Extremitäten*, d. h. der Carpus (und der Tarsus).

Diese Reihenfolge scheint durchaus keine zufällige zu sein. Man bekommt im großen und ganzen den Eindruck, daß *beim kongenitalen Myxödem* im allgemeinen *gerade die Skelettabschnitte die geringste Hemmung erleiden, welche normalerweise das intensivste, das energischste Knochenwachstum aufweisen, dagegen die stärkste Hemmung des Knochenwachstums an denjenigen Skeletteilen beobachtet wird, an denen normalerweise die Wachstumsenergie am geringsten ausgesprochen ist.*

Dementsprechend sehen wir, daß in den Extremitäten wie im Rumpfe gerade an den langen Knochen, deren normale Längenzunahme während der postembryonalen Entwicklung am bedeutendsten ist, die Wachstumshemmung am geringsten sich zeigt, dagegen in den Epiphysen und den kurzen Knochen die Hemmung bedeutend stärker ausgesprochen ist.

Zugleich aber beobachten wir, daß merkwürdigerweise die langen und die kurzen Knochen *am Rumpfe* in ihrem Wachstum sich *weniger gehemmt zeigen als die ihnen entsprechenden in den Extremitäten.* So zeigen die langen Knochen des Rumpfes — die knöchernen Rippen — die geringste Hemmung; wir finden sie länger, als es dem Körperwuchse entsprechen sollte. Die Wachstumshemmung der kurzen Knochen des Rumpfes (= die Wirbelsäule) entspricht derjenigen der langen Knochen der Extremitäten, während an den Epiphysen und kurzen Knochen der Extremitäten (in den Carpalia) die stärkste Hemmung beobachtet wird.

Aus dem Dargelegten ist es auch klar, warum zur Entscheidung der Frage, ob das Myxödem ein kongenitales ist, die röntgenologische Untersuchung gerade der Carpalia eine so hohe Bedeutung erlangt hat.

Das liegt gewiß nicht in der ganz irrigen Annahme, daß die Carpalknochen einen Maßstab für das übrige Skelett bilden. Im Gegenteil, gerade weil das nicht der Fall ist, gerade weil bei kongenitalem Myxödem in den Carpalia die Wachstumshemmung eine hochgradigere ist als in dem übrigen Skelett, und weil die Hemmung der Knochenbildung in den Carpalia sich für eine Reihe von Jahren als eine absolute oder fast absolute erweist, gewinnt die röntgenologische Untersuchung des knorpeligen Carpalskeletts meist eine so entscheidende Bedeutung für die Frage, ob man einen Fall von kongenitalem oder von infantilem Myxödem vor sich hat.“ *Grätzer.*

Friedrich Heyn, *Ein Beitrag zur Lehre vom Myxödem.* (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 1.) In den letzten 5 Jahren kamen in Uchtspringe sieben ausgesprochene Fälle von kongenitalem oder infantilem Myxödem (sämtlich Mädchen) und fünf weniger ausgeprägte (3 Mädchen, 2 Knaben) zur Behandlung. Sie hatten einen ungestalten Kopf, hängende Augenlider, der Mund stand offen, die aufgequollene Zunge hing vor, die borkige Elefantenhaut des Schädels mit den spärlichen Haaren, die dicke wulstige Haut des blöden Gesichts mit ihren tiefen Falten und Runzeln gaben den Kleinen ein merkwürdig

greisenhaftes Aussehen. Der Körper war im Wachstum zurückgeblieben, die Extremitätenknochen waren verkürzt und gekrümmt, bei manchen auch die Wirbelsäule stark verbogen; die tatzenartigen, plumpen Hände waren zu jeder feineren Greifbewegung unfähig. Eine Schilddrüse war nicht zu fühlen. Fast bei allen bestanden Darmstörungen, bei der Mehrzahl ein Nabelbruch. Sie verharrten stumpf und ohne Regung stundenlang auf irgendeinem Platze. Auf tiefe Nadelstiche erfolgte kaum eine träge Abwehrbewegung. Die sprachlichen Äußerungen glichen einem unverständlichen, weinerlichen Grunzen. Urin und Kot ließen sie unter sich. Die Krankheit bestand meist von Geburt an. Oft waren Lues, Tuberkulose, Potatorium und Psychosen in der Aszendenz. Vier Fälle kamen zur Sektion: zwei typische und zwei weniger ausgesprochene Fälle. Bei beiden typischen Fällen fehlte die Schilddrüse vollständig. Bei allen vier Sektionen fand sich eine starke Verkürzung und Verkrümmung der Extremitätenknochen, der Wirbelsäule und des Brustkorbes. Von einer Veränderung der Hypophysis wurde nichts gefunden. Alle Kranke, bei denen eine andauernde Behandlung möglich war, zeigten „eine ans Wunderbare grenzende“ Besserung aller Symptome, der geistigen wie der körperlichen. Besonders zwei waren im wahren Sinne der Wortes nicht wieder zu erkennen. Die Behandlung bestand in folgendem: zunächst allgemeine diätetische Pflege (Milch oder Pflanzenkost), dann in Hinblick auf vielfach wahrscheinlichen luetischen Ursprung des Leidens Jod, dann Thyreoidin (Merck) in Tabletten zu 0,1, erst jeden zweiten Tag eine, dann jeden Tag eine bis zwei Tabletten; bei unangenehmen Nebenwirkungen wurde Arsen gegeben. Herztätigkeit, Urin, Körpergewicht sind genau zu kontrollieren. Phosphorhaltige Eiweißsubstanzen sind zu empfehlen. — Das Myxödemgift schädigt — wie Blutuntersuchungen ergaben — die Zusammensetzung des Blutes, sowie die Blutgefäße.

Kurt Mendel (Berlin).

J. Comby (Paris), Oe mongolisme infantile. (Archives de méd. des enf. Avril 1906.) Die Krankheit ist viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, da der Verf. im Laufe von weniger als 2 Jahren über ein Dutzend von einschlägigen Beobachtungen zu verzeichnen hat. Man kann den kindlichen Mongolismus als eine Abart der angeborenen Idiotie bezeichnen, bei welcher die Kinder eine gewisse Ähnlichkeit mit solchen von gelber Rasse zeigen. Der Zustand wird oft verkannt und mit Myxödem, Rachitismus, Athrepsie usw. verwechselt, so daß eine genaue Statistik noch nicht gut möglich ist.

Der Mongolismus ist angeboren, doch ist die Ätiologie noch dunkel; Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose, neuro-pathologische Heredität wurden von verschiedenen Forschern in dieser Beziehung beschuldigt, doch glaubt C., daß es sich in den meisten Fällen um Eltern handelt, die durch Alter, Krankheit, Armut oder sonstwie geschwächt wurden. Oft sieht man den letzten Sprößling einer zahlreichen Familie mit den Stigmata des Mongolismus zur Welt kommen. Die Hauptmerkmale desselben sind: runder Kopf, abgeplattete Nase, kleine, schiefgeschlitzte Augen, dicke Wangen von schmutziggelber Farbe; oft besteht chronische Blepharitis, Strabismus, Nystagmus und

sehr stark entwickelter Epikanthus. Die Fontanellen sind weit offen und schließen sich auffallend spät, die Haare sind meist schütter und kurz, wodurch sie sich von dem dichten, straffen, trockenen Haarwuchs der Myxödematösen unterscheiden. Die Zähne brechen spät durch, oft erst im 12., 15. und selbst 18. Monat, die Lippen sind dick und gesprungen, die Zunge verdickt und rissig. Die Hände sind kurz, breit, auch die Finger sind verkürzt, was hauptsächlich auf eine mangelhafte Entwicklung des letzten Phalangen zurückzuführen ist. Kryptorchismus und andere angeborene Anomalien kommen bei Mongolischen oft zur Beobachtung.

Die Prognose ist eine sehr schlechte; die meisten Kinder sterben im Laufe der ersten Wochen oder Lebensmonate, sehr wenige erreichen das erste oder zweite Lebensjahr. Das Erreichen eines späteren Lebensalters gehört zu den Ausnahmen. Die Behandlung ist hauptsächlich eine roborierende, hygienisch-stimulierende. Die thyreoidale Behandlung gibt fast gar keine Resultate.

E. Toff (Braila).

Fr. Heyn, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Idiotie. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 19.) Nach dem Vorschlage Alts sind für die Provinz Sachsen Fragebogen für Blödsinnige eingeführt; dieselben legen außer auf erbliche Belastung, intrauterine und Geburtsschädlichkeiten besonderes Gewicht auf Ermittlung über Ernährung und konstitutionelle wie infektiöse Erkrankungen des Kindesalters. Es ergab sich (berücksichtigt wurden die Auskünfte über 166 männliche und 124 weibliche Idioten) als besonders auffallend die geringe Prozentzahl der erblich Belasteten (46,9 % und 55,5 %), die um ungefähr 25 % hinter den Angaben anderer Autoren zurückbleibt. Unter diesen Begriff wurden aufgenommen: Belastung durch geistige Erkrankung, Trunksucht, Blutsverwandtschaft, Tuberkulose und Lues der Vorfahren. Lues der Erzeuger fand sich unter den 290 Fällen nur 2mal. 13,9 % männliche und 22,6 % weibliche waren mütterlicherseits erblich belastet uud gleichzeitig mit Muttermilch aufgezogen. Erschreckend hoch ist die Zahl der rachitischen Kinder in der Statistik. Die Hälfte der Idioten hat nach der bestimmten Angabe des Fragebogens in früher Kindheit an Rachitis gelitten. Alle auf Besserung der Säuglingsernährung abzielenden Bestrebungen sind auch vom Standpunkt einer vorbeugenden Bekämpfung der Idiotie freudig zu begrüßen. Zahnkrämpfe und Infektionskrankheiten nehmen gleichfalls einen großen Raum in der Anamnese ein. An Zahnkrämpfen litten 26 % männliche und 29 % weibliche, an Infektionskrankheiten 21,7 % männliche und 38,7 % weibliche Idioten.

Bei 12,6 % der männlichen und 21,6 % der weiblichen Idioten sind körperliche Erkrankungen als Ursache des Schwachsinns nachgewiesen, sie sind überdies bei 8,4 % der männlichen und 21,6 % der weiblichen nach der Überzeugung des ausfüllenden Arztes mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Dazu kommt, daß die Hälfte der Kranken sicher an Rachitis gelitten hat. Die Magendarmerkrankungen spielen eine ebenso große Rolle wie die Gehirnhautentzündungen, von welch letzteren wohl ein Teil auf gastrointestinale Störungen zurückzuführen ist. Die Hälfte der Idioten erkrankt an

erworbener Idiotie. Die Prophylaxe ist demnach von größter Wichtigkeit. Kurt Mendel (Berlin).

Heinrich Vogt, Über einige somatische Eigenschaften der Idioten. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 1.) Das Längenwachstum der Idioten ist ein geringeres und langsameres als das der Normalen. Das Körpergewicht entspricht, wenn man das normale Verhältnis zum Vergleich benutzt, nicht der Größe, die Werte für das Gewicht sind fast stets subnormal.

Ebenso liegen die Werte für die Lebensdauer erheblich unter der Norm. Die größte Sterblichkeit liegt zwischen dem 10. und 20. Jahre. Die Idiotie wirkt stark lebensverkürzend. Zuweilen beobachtet man Zeichen früher Seneszenz (greisenhafter Habitus usw.).

Die Organgewichte zeigen bei Idioten in allen Lebensaltern deutlich eine nicht unbeträchtliche Herabsetzung, besonders das Herzgewicht, das Nierengewicht und das Hirngewicht. Bezüglich des letzteren gilt, daß, je mehr sich die Lebensdauer der Idioten normalen Verhältnissen nähert, desto größer die Zahl normal gewichtiger Gehirne unter ihnen wird. Körperlicher und geistiger Zustand beobachten im individuellen Leben der Kranken oft einen auffallend parallelen Schritt. Es besteht sicherlich ein Zusammenhang zwischen der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder.

Das defekte Cerebrum bedingt die Herabsetzung der gesamten vitalen Eigenschaften entweder direkt oder geht ihr als korrespondierende Erscheinung parallel. Kurt Mendel (Berlin).

W. Sterling, Zur Kasuistik der Tay-Sachsschen Krankheit. (Neurol. Zentr. 1906. Nr. 2.) Verf. berichtet über folgenden Fall: 11 Monate altes Kind, das seit seinem sechsten Monat aufgehört hat, sich zu entwickeln; der Kopf fing damals an, nach hinten oder auf eine Schulter hinabzusinken. Bis zum sechsten Monat war das Kind recht lebhaft, erkannte aber die Umgebung nicht. Die körperliche und geistige Entwicklung ließ allmählich nach. Seit dem fünften Monat begann der Kopf langsam zu wachsen, seit dem sechsten Monat fing der Knabe an magerer zu werden und schlechter auszusehen, seit dem siebenten Monat wurde der Schlaf unruhig, das Kind wurde weinerlich und apathisch. Es hat nie sehen können, an Spielzeuge und Gegenstände nie gewöhnt. Es unterschied nur grelles Licht. Es bestand eine ausgesprochene Empfindlichkeit auf alle akustischen Reize; das Kind fuhr leicht zusammen; ebenso Überempfindlichkeit gegen sensible Reize. Heredität 0. Lues der Eltern negiert. Patient wurde ohne Kunsthilfe geboren. Das älteste Kind ist normal. — Objektiv: Apathisches Wesen, Kopf kann nicht aufrecht gehalten werden. Zuweilen rotatorische Kopfbewegungen. Unbeweglicher Gesichtsausdruck. Etwa jede halbe Stunde Anfälle von klonischen und dann tonischen Zuckungen mit Zyanose, Apnoe und krampfhaftem Weinen. Lebhafte Patellarreflexe. Babinski +. Hypertonie in den unteren Extremitäten. Ophthalmoskopisch: in der Gegend der fovea centralis hellweißer, undeutlich konturierter Fleck, dessen Größe etwa zwei Papillendurchmesser beträgt. In der Mitte dieses Fleckes sehr

kleiner dunkelbrauner Fleck mit deutlichen Konturen. Beide Papillen atrophisch. Die Sehkraft beschränkt sich auf Perzeption der Lichtstrahlen. — Zahlreiche adenoide Vegetationen. Diagnose: Tay-Sachssche Krankheit (Idiotismus familiaris amauroticus). Verf. nimmt eine angeborene Entwicklungshemmung des Gehirns an, auf deren Grundlage sich erst in gewissen Monaten des Lebens im ganzen Nervensystem degenerative (nicht entzündliche Veränderungen) entwickeln.

Kurt Mendel (Berlin).

Spielmeyer, Über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie. (Neurol. Zentr. 1906. Nr. 2.) Drei Hauptmerkmale bestimmen die klinische Eigenart der vier vom Verf. veröffentlichten Fälle von familiärer amaurotischer Idiotie: die im frühen Kindesalter auftretende, rasch fortschreitende Verblödung, die familiäre Natur des Leidens, eine progrediente retinale Atrophie vom Typus der Retinitis pigmentosa. Es handelte sich um vier Geschwister, nur das älteste Kind dieser Familie blieb gesund. Bei den drei bisher gestorbenen Kindern ergab die Sektion eine schwere Lungentuberkulose, alle drei kamen etwa in demselben Lebensalter, in den ersten Pubertätsjahren ad exitum. Vielleicht kam ätiologisch hereditäre Lues in Betracht; nach der Geburt des ersten (gesunden) Kindes hatte sich der Vater wahrscheinlich syphilitisch infiziert.

Verf. glaubt, daß seine Fälle mit der Sachsschen familiären amaurotischen Idiotie nichts weiter als die äußerliche Eigentümlichkeit gemeinsam haben, daß sie beide familiär auftreten und zu frühzeitiger Verblödung und zur Erblindung führen. Sonst sind sie klinisch durchaus verschieden, gleichfalls aber auch ihrem anatomischen Substrate nach. Verf. konnte zwei seiner Fälle anatomisch untersuchen. Beide zeigten so gut wie negativen makroskopischen Befund. Mikroskopisch ergab sich eine eigenartige, über die Zentralorgane allgemein ausgedehnte Ganglienzellenerkrankung, die durch eine totale oder partielle Schwellung oder Aufblähung des Zellleibes infolge der Einlagerung einer körnigen Substanz charakterisiert ist. Am ausgesprochensten ist diese körnige Zellerkrankung in der Großhirnrinde. Die Projektionsfaserung bleibt intakt, das Markscheiden- und Achsenzylinderbild ist nahezu normal.

Das histologische Gesamtbild ist so eigenartig und charakteristisch, daß der Versuch gerechtfertigt scheint, den vorliegenden Prozeß schon auf Grund des anatomischen Befundes als eine selbständige Krankheitsform aus der Reihe der idiotischen Zustände abzusondern.

Kurt Mendel (Berlin).

W. Lasarew, Ein Beitrag zur Tabes im jungen Alter (Tabes infantilis und juvenilis). (Neurolog. Zentralbl. 1905. Nr. 21 u. 22.) Zu den 23 Fällen von jugendlicher Tabes (d. h. Tabes in den ersten zwei Jahrzehnten des Lebensalters), die in der Literatur veröffentlicht sind, fügt Verf. folgenden eigenen Fall hinzu:

19 Jahre alte Dienstmagd klagt über Schwäche in den Beinen, taubes Gefühl in denselben, Störungen beim Gehen, Schwindelanfälle, unwillkürlichen Urinabgang. Der Vater der Kranken starb 70 Jahre alt; die 60 Jahre alte Mutter laboriert an den „Eingeweiden“, sie

hat 9mal geboren, das erste Mal abortiert, dann folgte eine totgeborene Frucht, das dritte Kind lebte einige Monate, 6 Kinder leben noch. Objektiv: Hutchinsonscher Zahn oben, Pupillen ungleich, schwacher Lichtreflex, besonders rechts, Patellarreflexe fehlen, starker Romberg, Hypalgesie.

Die jugendliche Tabes beginnt meist im zweiten Jahrzehnt, befällt in fast gleichem Verhältnisse des männliche und weibliche Geschlecht. Als Anfangssymptome traten in einem Drittel der Fälle Störungen im Harnlassen, meist unwillkürliche Harnentleerung, auf; häufig ist Kopfschmerz als Frühsymptom vorhanden, und zwar in Form der Migräne. Im übrigen unterscheidet sich die jugendliche Tabes wenig von derjenigen der Erwachsenen, sowohl bezüglich der Symptomatologie wie auch betreffs des Verlaufes. Meist ist der Verlauf aber ein langsamer, gutartiger.

Syphilis der Eltern wurde unter den vom Verf. gesammelten 24 Fällen jugendlicher Tabes 11mal konstatiert (7mal beim Vater, einmal bei der Mutter, 3mal bei beiden Eltern). Spezifische Erscheinungen bei dem Kranken selbst fanden sich 5mal (Ausschlag, Narben usw.), in den übrigen Fällen zeigten sich Anzeichen von hereditärer Syphilis (Sattelnase, Hutchinsonsche Zähne usw.). In drei Fällen wurden an den Kindern die Anzeichen hereditärer Lues (Narben an den Mundwinkeln, Keratitis interstitialis, Hutchinsonsche Zähne) gefunden; in zwei Fällen ist Syphilis wegen der häufigen Aborte bei den Müttern äußerst wahrscheinlich. In zwei Fällen erwies sich die Syphilis nicht als ererbt, sondern als erworben (im vierten Lebensmonat bzw. fünften Lebensjahre). In ca. 84 % der Fälle ist Syphilis in der Anamnese vorhanden. In vier Fällen fand sich keinerlei Hinweis auf Syphilis.

Wegen der hereditären Lues überwiegt auch bei der jugendlichen Tabes das männliche Geschlecht nicht über dem weiblichen.

Kurt Mendel (Berlin).

Emil Redlich, Über Halbseitenerscheinungen bei der genuinen Epilepsie. (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 2.) Nicht selten sind nach epileptischen Anfällen unzweifelhaft hemiparetische Symptome ganz leichter Art nachweislich, während längere Zeit nach Anfällen untersucht dieselben undeutlicher geworden sind. Andererseits gibt es Fälle, in denen die nachweislich hemiparetischen Symptome in gleicher Weise bestehen, gleichgültig, ob gleich oder längere Zeit nach einem Anfalle untersucht wurde.

Diese Symptome weisen auf eine gewisse Bevorzugung einer Hirnhemisphäre, auf eine Läsion dieser Seite hin (in der Nähe der motorischen Hirnrinde). Es kann sich natürlich — in Anbetracht des negativen Obduktionsbefundes — nicht um gröbere, sondern nur um relativ feine Veränderungen handeln.

In diagnostischer Beziehung ergibt sich aus den Untersuchungen des Verf. als wichtig der Umstand, daß da, wo nach Anfällen, insbesondere auch intervallär Erscheinungen einer leichten organischen Hemiparese sich werden nachweisen lassen, ein wichtiger Anhalts-

punkt für die Annahme einer Epilepsie gewonnen sein wird (differentialdiagnostisch der Hysterie gegenüber von Wert!).

Kurt Mendel (Berlin).

Bresler, Beitrag zur Symptomatologie des petit mal. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 21.) Patientin, 33 Jahre alt, stammt von trunksüchtiger Mutter und ebensolchen Großeltern mütterlicherseits. Von Kindheit an Krämpfe, allgemeiner Tremor, Ataxie und Schwachsinn. Schon in früheren Jahren hochgradige Häufung der Absenzen, einmal wurden ihrer 1000 an einem Tage und 270 in der darauffolgender Nacht gezählt, an den nächsten Tagen 800, 800 und 500. Dauer: 10 Sekunden bis 1/2 Minute. Zeitweise auch vollentwickelte epileptische Anfälle. Bei diesen Absenzen Zuckungen und Schüttelbewegungen der Arme und Beine und Wendung der Bulbi nach links oben; ruft man Patientin an, so vermag sie während der Zuckungen sofort den Fragenden anzublicken. Bei intensiveren Anfällen leichte Gesichtsrötung, Pupillenerweiterung und Pulsbeschleunigung. Aufgefordert zu zählen, erfährt Patientin bei 11 eine Absenze, zählt noch „12“, trotz Anrufens aber hört sie ca. 2 Sekunden auf und fährt dann mit „11, 12“ einsetzend richtig fort. Ein zweites Mal gelingt es unter Anrufen mit „weiter“, daß sie während des Anfalles von 15—18 weiterzählt. Im Hersagen des Vaterunser wird Patientin durch den Anfall nicht unterbrochen, ebensowenig im Zeichnen von Grundstrichen auf das Papier, das sie im Anfall weiter fortführt. Das Ticken der während des Anfalles an das Ohr gehaltenen Taschenuhr nimmt sie während des Anfalles nicht wahr; dagegen dreht sie sich noch innerhalb der Absenze um, als hinter ihrem Kopfe an einen Lampenschirm geklopft wird.

Durch diese Untersuchungsresultate dürfte wohl erwiesen sein, daß Absenzen, eine Handlung, wenigstens eine einfache, mechanische, nicht notwendig unterbrechen müssen, ebensowenig eine Wahrnehmung.

Kurt Mendel (Berlin).

v. Schuckmann, Kritisches und Experimentelles zur Toxinhypothese der Epilepsie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 19. Heft 4.) Ceni hatte sechs Epileptikern kleine Dosen des Blutserums anderer Epileptiker injiziert; diese Injektionen blieben entweder ganz wirkungslos oder brachten Symptome akuter Vergiftung mit auffallender Verschlimmerung des krankhaften Zustandes hervor. Injizierte er anderen Epileptikern das Blutserum von Gesunden, so fand er ganz negative Resultate. Ceni hielt hiermit die Existenz von im Serum der Epileptiker enthaltenen toxischen Substanzen für nachgewiesen und glaubte, durch immer wiederholte Einspritzungen des Epileptikerserums die Menge des im Epileptiker kreisenden Giftes zu vermehren und dadurch sekundär einen Immunitätszustand gegen dieses spezifische Toxin zu erzeugen. Er injizierte deshalb zehn Epileptikern in wiederholten und steigenden Dosen Serum anderer Epileptiker bzw. das eigene Serum. Es zeigte sich „Zunahme der epileptischen Erscheinungen mit den Zeichen einer ernstlichen allgemeinen Vergiftung“ in zwei der zehn Fälle, in den übrigen acht (von denen fünf mit fremdem, drei mit eigenem Serum behandelt

wurden) wirkten die Injektionen als „therapeutische und wohltuende Substanz“ und zeigten „außerordentliche heilende bzw. bessernde Wirkung“.

Die Nachprüfungen v. Sch.s haben nun völlig entgegengesetzte Resultate ergeben. Woran dies liegt, vermag Verf. nicht zu entscheiden. Es ist ihm in keiner einzigen der nachgeprüften Versuchsanordnungen gelungen, die von Ceni gefundenen „spezifischen“ Wirkungen des Epileptikerserums wiederzufinden. Demnach kann auch das Theoriensystem Cenis bisher als nichts anderes als eine jeder exakten experimentellen Grundlage entbehrende Theorie bezeichnet werden. Kurt Mendel (Berlin).

K. Siebold, Statistischer Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 16, 17 u. 18.) Verf. kommt zu folgenden Schlüssen aus seinen Erhebungen:

1. In der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Prof. Alt) sind vom 1. April 1899 bis 1. April 1906 913 Epileptiker neu aufgenommen worden; hiervon gehören 59,2 % dem männlichen und 40,8 % dem weiblichen Geschlecht an.

2. 83 % sämtlicher Epileptiker erkrankten vor dem 20. Jahre. Im ersten Dezennium ist das männliche, im zweiten das weibliche Geschlecht mehr beteiligt.

3. Bei einem Viertel des Gesamtmaterials war kein ursprüngliches Moment angegeben; von den übrigen lag bei 55,2 % erbliche Belastung vor; diese ist für das männliche Geschlecht verhängnisvoller als für das weibliche und scheint häufiger im Sinne der gekreuzten Vererbung in Erscheinung zu treten. Belastete Individuen erkrankten früher an Epilepsie als Unbelastete. Die Belastung von seiten der Mutter ist häufiger und gefährlicher als die vom Vater ausgehende.

4. Neuro-psychopathische Belastung fand sich bei 34,8 %, nur $^1/_3$ häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht (21,8 % gegenüber 13,6 %). Konsanguinität der Eltern (bzw. Großeltern) lag in 3 % der Fälle vor; die Blutsverwandtschaft in der Aszendenz scheint für den männlichen Nachwuchs gefährlicher zu sein als für den weiblichen.

In 42 % der Epileptiker bestand die gleichartige Erkrankung in der nächsten Blutsverwandtschaft, und zwar bei Weibern häufiger als bei Männern.

5. Alkoholabusus der Eltern ist in 18,8 % der Epileptiker nachgewiesen; in der männlichen Nachkommenschaft doppelt so häufig wie in der weiblichen. Alkoholismus der Erzeuger ist als Ursache der Epilepsie ungleich verhängnisvoller als eigene, erworbene Alkoholvergiftung (18,8 % gegenüber 2,9 %).

6. Erworbene Ursachen fanden sich in 30 % der Fälle und zwar fällt hier den Infektionskrankheiten (16 %) große Bedeutung zu; es berechtigt diese Tatsache zu der Hoffnung, daß hier die Serumtherapie Erfolge zeitigen wird. Ein körperliches Trauma wurde in 10 % der Fälle gefunden, und zwar wiederum zuungunsten des männlichen Geschlechts. Dem Alkohol fällt als selbständig Epilepsie er-

zeugendem Faktor nur eine unwesentliche Bedeutung zu (2,9 % der Gesamtzahl).

7. Den ersten Anfall auslösende Ursachen wurden gefunden in 27,5 % sämtlicher Epileptiker. Kurt Mendel (Berlin).

Georg Lomer, Witterungseinflüsse bei sieben Epileptischen. (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 3.) Verf. erstreckte seine Beobachtungen an sieben Epileptischen auf die Monate Mai—Juli und fand folgendes: von den 194 Anfällen des Vierteljahres kommen 83 auf Mai, 61 auf Juni, 50 auf Juli. Das absolute Maximum der Anfälle erstreckt sich auf die Stunden von 5 bzw. 6—8 Uhr morgens, das absolute Minimum wird nachmittags von 4—5 Uhr erreicht. Weder die Bewölkung noch die Luftfeuchtigkeit, weder Stille noch Wind übten einen merkbaren Einfluß auf Form oder Zahl der Anfälle aus. Auch die Temperatur und die bisweilen vorhandene, sich mehrfach in Gewittern lösende Schwüle wirkten anscheinend in keiner Weise ein. Ebensowenig das Verhalten des Mondes oder die Zeit des Sonnenauf- und unterganges. Hingegen weist der Mai, mit seiner Höchstziffer von Anfällen, auch deutlich die größten Schwankungen des Luftdruckes auf; ihm folgt Juni, dann Juli mit immer geringer werdenden Druckschwankungen und auch immer kleineren Anfallsziffern. Daß der Organismus der Epileptischen sehr intensiv auf diese Druckschwankungen reagiert, zeigt die mangelhafte Anpassungsfähigkeit des Epileptikers an die meteorologischen Reize.

Kurt Mendel (Berlin).

J. Hoppe, Proponal bei der Behandlung von Epileptikern. (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 6.) Verf. löste Proponal für die Zwecke des Einlaufes in einer physiologisch-alkalischen Lösung (auf 1 Liter Aq. destill. etwa 4 g NaOH), er ließ bestimmte Proponalmengen (bei Kindern im Status epilepticus 0,2—0,3, bei Erwachsenen 0,3—0,6 g Proponal) in 200—300 ccm der auf 38° erwärmten Flüssigkeit zum Einlaufen verwenden. Ein solcher Einlauf wurde 7mal im Status epilepticus und einige Male in schwereren Verwirrungszuständen gemacht. Stets prompte Wirkung. Sie entsprach etwa der von 3 g Amylenhydrat und trat in 15—30 Minuten ein. Keinerlei Reizerscheinungen am Mastdarm. Kurt Mendel (Berlin).

P. Schirbach, Beitrag zur Opium-Brombehandlung der Epilepsie nach Flechsig (Ziehensche Modifikation). (Arch. f. Psych. Bd. 41. Heft 2.) Verf. führt zunächst die Anhänger und Gegner der Flechsigschen Opium-Brombehandlung an und berichtet dann über seine eigenen Erfahrungen an 16 Epileptikern aus der Siemerlingschen Klinik. Er wandte die von Ziehen vorgeschlagene Modifikation der Flechsigkur an in der Weise, daß innerhalb 51 Tagen mit 0,15 Op. pulv. täglich beginnend bis zu 0,9 gestiegen wird. Vom 52. Tage ab wird nach Aussetzen des Opiums 6 g Bromgemisch (Kal. und Natr. brom. āā 2,0, Ammon. brom. 1,0) verabreicht. Jeden zweiten Tag wird um 1 g Brom bis auf 9 g gestiegen, wobei man dann fürs erste stehen bleibt. Um den hemmenden Einfluß des Opiums auf die Salzsäuresekretion des Magens auszugleichen, gibt

man von Anfang an 3mal täglich nach dem Essen Acid. hydrochlor. 1,5 : 200,0 1 Eßlöffel.

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Schlusse, daß die Methode bei sorgfältiger Auswahl des Materials noch günstige Resultate zu erzielen vermag in Fällen, in denen die Brombehandlung allein versagte. Die weitere Anwendung derselben ist daher durchaus berechtigt, selbst wenn die damit erzielte Besserung nur eine vorübergehende sein sollte. Die mit der Kur verbundenen Gefahren lassen sich bei sorgfältiger Durchführung im Krankenhause unter Zuhilfenahme geeigneter hydrotherapeutischer und diätetischer Maßnahmen auf ein Mindestmaß einschränken. Kurt Mendel (Berlin).

Fr. Lämmerhirt, Das Chloroform in seiner symptomatischen Anwendung als Narkotikum. (Die Therapie der Gegenwart. August 1906). Chloroform wirkt besonders auf zerebral ausgelöste Konvulsionen. Für die Eklampsia gravidarum hat sich Chloroform allgemeine Anerkennung erworben; bei der Eklampsie der Kinder wird die Anwendung noch von vielen gescheut. Und doch kann Chloroform ruhig selbst bei Säuglingen der ersten Lebenswochen angewendet werden, es feiert bei der Eklampsie der Säuglinge als Symptomatikum geradezu seine Triumphe. Einige Tropfen, auf einen Bausch Watte oder ein Taschentuch gegossen, dem Kinde vor das Gesicht gehalten, und die Krämpfe schwinden fast momentan. Ein einzelner Anfall an sich bringt ja keine Lebensgefahr, Häufung von Anfällen dagegen bildet eine Gefahr. Wenn eine akute Krankheit (Pneumonie, Magenstörung, Scharlach) sich mit einem eklamptischen Anfalle einleitet, so wird man natürlich nicht an Chloroform denken. Treten die Krämpfe aber immer wieder auf, dann wird man zum Chloroform greifen. Es können aber auch im Verlaufe von akuten Krankheiten (Pneumonie, Meningitis) Konvulsionen auftreten, namentlich gegen das Ende hin. Hier wird man Chloroform direkt als Kraftsparer benutzen. Die Beseitigung des Krampfes und der gesteigerten Erregbarkeit können wir schnell schon durch kleinste Dosen erzielen; die Ruhe aber gibt dann dem Körper, vor allem dem Herzen die Möglichkeit, neue Kräfte zu sammeln. Bei Meningitis werden ja die Anfälle immer wiederkehren; aber auch hier kann man, treten sie zu vehement und anhaltend auf, schon zur Beruhigung der Angehörigen vorübergehend vom Chloroform Gebrauch machen. Bei chronischen Krankheiten beherrscht die Eklampsie oft das ganze Krankheitsbild (Rachitis, chron. Magendarmstörungen). Hier soll man unbedenklich zum Chloroform greifen, um den Anfall zu koupieren. Der Arzt bleibe dann noch einige Zeit da, lege das Kind in eine feuchte Packung und wehre bei Vorboten neuer Attacken diese durch Aufträufeln einiger Tropfen Chloroform von vornherein ab. Manchmal kommen die Anfälle aber immer wieder; den Angehörigen das Chloroformieren zu überlassen, ist nicht ratsam. In solchen Situationen wendet L., nachdem Chloroform momentan seine Schuldigkeit getan hat, zur protrahierten Wirkung folgendes an:

Rp. Chloral. hydrat. 0,5—1,0
Pyramidon. 0,2—0,3
Mucil. Salep. ad 30,0
S. $^1/_2$stündl., später seltener 1 Teelöffel.

Bei der Epilepsie unterdrückt man natürlich einzelne reguläre Anfälle nicht mit Chloroform; nur bei starker Häufung von Anfällen hintereinander tut Chloroform eventuell gute Dienste.

Es ist bei alledem keineswegs von einer regulären Narkose die Rede, es ist nur leichte Betäubung erforderlich, bei der die Reflexe sich noch auslösen lassen und die Patienten noch auf Anrufen reagieren; die dazu nötige Dosierung schließt jede Gefahr aus.

Grätzer.

Heinrich Schäfer, Moralischer Schwachsinn. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. Heft 1.) Verf. gibt sein Gutachten über einen Fall von moralischem Schwachsinn wieder. Es zeigte sich eine von Kindheit an bestehende gewisse Schwäche des geistigen Wesens. Diese Schwäche bestand vornehmlich in einem ethischen Defekt, kausal eng verbunden mit intellektueller Unzulänglichkeit. Es bestand eine unausrottbare Neigung zur Lüge von Kindheit an, sowie eine starke Neigung zum Diebstahl. Das Lernen fiel stets schwer; dazu kam eine erhebliche Urteilsschwäche. Patient ging zur Marine, wurde als Fähnrich zur See wegen Diebstahls, begangen an Kameraden, verhaftet, seitens des Kriegsgerichts aber wegen der schweren Belastung freigesprochen.

Zum Nachweis des Schwachsinns ist besonders die Prüfung der Urteilskraft (insbesondere bei Gebildeten) erforderlich.

Kurt Mendel (Berlin).

H. Gottgetreu, Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62. Heft 5 u. 6.) Verf. berichtet über einen Fall von posttraumatischer Psychose bei einem Knaben. Die Psychose, welche den einfachen Seelenstörungen zuzurechnen und von zahlreichen Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Gemeingefühls begleitet war, ging in Genesung über. Kurt Mendel (Berlin).

P. Näcke, Einige Punkte aus der Lehre der sog. „moral insanity". (Psych.-neur. Wochenschr. 1906. Nr. 13.) Die „moral insanity" ist keine selbständige Krankheit, sondern eine ab ovo bestehende oder bald in der Kindheit auftretende Abstumpfung der Gemütssphäre, die im Vordergrund aller übrigen Erscheinungen steht. Solche Fälle fand Verf. öfter bei dégénérés supérieurs als bei den eigentlichen Imbezillen. Er unterscheidet drei Rubriken: 1. die der Schwachsinnigen, 2. die der Entarteten (dégénérés supérieurs), die größte Gruppe, und 3. die mit leichtem periodischen Stimmungsanomalien einhergehenden Fälle, die kleinste Gruppe. Er läßt dahingestellt, ob es noch absolut reine Fälle von „moral insanity", d. h. ohne anderweite Störungen der Psyche, namentlich des Intellekts, gibt. Der Name „moral insanity" erscheint Verf. ziemlich überflüssig. Der moralische Defekt ist nur das hervorstechende Symptom einer gestörten oder desequilibrierten Psyche.

In praktisch-sozialer Hinsicht unterscheidet Verf. zwei Hauptgruppen: 1. die Gemeingefährlichen und 2. die mehr oder minder Harmlosen. Die zweite Gruppe scheint an Zahl zu überwiegen. Überlebhafte Phantasietätigkeit und absolute Widerstandslosigkeit gegen

Alkohol besteht nicht immer. Alle Intensitätsgrade kommen vor, bis zum „geborenen Verbrecher". Das Verbrechen ist die Resultante von Individualität + Milieu. Je größer ersterer Faktor ist, um so geringer braucht der andere zu sein, der aber nie ganz fehlt. Bei den meisten Gewohnheitsverbrechern ist das Milieu die Hauptsache.

Der Intellekt hat bei der „moral insanity" stets irgendwie gelitten, wenn auch oft nur leicht. Im großen und ganzen gehen Moral und Intellekt einander parallel, im einzelnen tritt allerdings oft eine Dissoziation ein, so stets bei der „moral insanity". Dieser Vorgang der Dissoziation zwischen Moral und Intellekt, sowie die „individuelle Affektdisposition" sind die beiden Hauptprobleme der ganzen Lehre vom moralischen Schwachsinn. Bei der „moral insanity" weist alles auf eine angeborene fehlerhafte Anlage gewisser Hirnpartien, namentlich wahrscheinlich an der Basis, hin. Die teratologische Forschung ist berufen, gerade hier die anatomischen Hauptaufschlüsse zu geben.

Weniger schwere Fälle von „moral insanity", besonders aus guten Familien, eignen sich für die Familienpflege. Wo dies wegen Gemeingefährlichkeit oder Armut nicht angeht, sind Adnexe an Gefängnisse oder eigene Sonderanstalten das Beste. Versuche mit ländlichen Kolonien sind auch vielversprechend, ebenso Deportation in entfernte Kolonien. Die Kastration kommt schließlich zwecks Verhütung von Nachkommenschaft in Frage. Kurt Mendel (Berlin).

E. Deutsch, Schutz moralisch gefährdeter Kinder. (Gyermek védelem. 1906. Nr. 3.) D. beschreibt das Programm der „Union française pour le sauvetage de l'enfance", welche Institution mißhandelte und moralisch gefährdete Kinder auf dem Lande bei biedern Bauersleuten unterbringt. Die körperlich und moralisch herabgekommenen Kleinen erholen sich bald und lernen ihre neue Umgebung schätzen. Jeder der Schutzbefohlenen hat eine Sparkasseneinlage, so daß für seine Zukunft auch materiell gesorgt ist.

Autoreferat Ernö Deutsch (Budapest).

Rudolf Hecker, Über Verbreitung und Wirkung des Alkohols bei Schülern. 1. Mitteilung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 4.) Um die Verbreitung des Alkoholgenusses unter den Münchener Schulkindern kennen zu lernen und seine Wirkung auf die geistige Leistungsfähigkeit und die körperliche Entwicklung zu studieren, wurden Erhebungen an vier Münchener Volksschulen mit zusammen 4672 Kindern angestellt. Zwei Schulen davon sind an der Peripherie der Stadt gelegen und werden zum großen Teil von Proletarierkindern besucht, die dritte ist eine zentral gelegene Simultanschule mit wenig und die vierte eine protestantische Schule mit kaum nennenswertem Proletariat. Es stellte sich heraus, daß von allen Kindern nur 13,7 % keinerlei alkoholische Getränke erhalten; 55 % dagegen bekommen regelmäßig täglich Bier oder Wein, und zwar 41 % täglich einmal und 14 % täglich 2 mal. Schnaps bekommen im ganzen 6,4 %, und zwar viele davon ziemlich regelmäßig. Eigentliche Trinker, d. h. solche, die täglich 1/2 Liter Bier und mehr genießen, finden sich 4,7 %. Die einzelnen Schulen verhalten sich

insofern verschieden, als die beiden pheripheren Schulen eine viel kleinere Zahl von regelmäßigen Trinkern aufweisen, als die beiden andern. Weitaus am mäßigsten sind die protestantischen Schüler mit 17 % Abstinenten und 4,2 % regelmäßigen Trinkern.

Sehr deutlich und übereinstimmend in allen vier Schulen ist der Einfluß des Alkoholkonsums auf die Qualität der Fortgangsnote: je mehr Alkohol getrunken wird, um so schlechter wird diese Note, so daß Abstinenten und eigentliche Trinker, einander gegenüber gestellt, einen erheblichen Unterschied in der Note zeigen zuungunsten der Trinker. Aber auch die kleineren, regelmäßig gegebenen Dosen schädigen die Leistungsfähigkeit sichtlich. Bei Knaben ist dies Verhalten im allgemeinen viel mehr ausgeprägt als bei Mädchen, wohl weil diese vielleicht ebenso häufig, aber absolut weniger trinken. Auch hier jedoch läßt die Gegenüberstellung der Extreme von Abstinenten und Trinkern keinen Zweifel. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Qualifikation des Fleißes, die mit zunehmendem Alkoholgenuß gleichmäßig schlechter wird. Auch das Auffassungsvermögen der Kinder leidet unter der gewohnheitsmäßigen Darreichung von Bier und Wein. Die „guten“ Auffassungsvermögen nehmen von den Abstinenten bis zu den eigentlichen Trinkern hin ganz gleichmäßig ab, die „schlechten“ zu.

Die Wirkung auf die Körperlänge zeigt sich nach den vorliegenden Untersuchungen so, daß vom 6.—10. Jahre eine deutliche Hemmung, vom 10., 11. Jahre ab eher eine gewisse Beschleunigung des Längenwachstums unter dem Einfluß des Alkoholgenusses eintritt.

Unter den Berufsarten der Eltern stellen relativ das größte Kontingent zu den trinkenden Kindern die Gastwirte, Weinhändler und Schenkkellner, in zweiter Linie die Metzger, dann die Schaffner, Postboten, Unteroffiziere, Schutzleute. Die meisten Abstinenten liefern die lehrenden und gelehrten Berufe, die Künstler, Offiziere, Techniker und Handwerker.

Autoreferat Hecker.

K. Ullmann, Über sexuelle Aufklärung der Schuljugend. (N. Y. Med. Monatsschr. Mai 1906.) U. faßt seine Ausführungen in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Die Frage der sexuellen Aufklärung der Jugend ist wie bisher auch auf weiteres zunächst eine Aufgabe der häuslichen Erziehung, weiterhin erst als Gegenstand des Schulunterrichtes zu behandeln.

Der Unterricht in den naturwissenschaftlichen und übrigen Fächern, insofern sie hier von Belang sein können, hat in allen öffentlichen Schulen einheitlich in der Weise zu erfolgen, daß die häusliche Erziehung der Schulkinder aller Altersstufen in ihm jederzeit eine wirkungsvolle Unterstützung findet.

2. Die Gefahr sexueller Verirrungen der Schuljugend wird am wirksamsten und auch zweckmäßigsten durch solche Maßnahmen bekämpft, welche eine freie und volle physische Entwicklung der Kinder ermöglichen und auch geeignet sind, der so häufigen hereditären Anlage zur Neurasthenie und damit der wichtigsten Quelle der Disposition zur sexuellen Verirrung entgegenzuwirken.

Unbeschadet dessen sind auch gewisse Prohibitivmaßregeln gegen die Quellen geistiger Infektion der Schulkinder zu befürworten.

3. Von ärztlichen Gesichtspunkten aus steht dem nicht entgegen, daß Schilderungen der Generations- und Entwicklungsvorgänge des pflanzlichen und tierischen Lebens, jedoch mit Ausschluß der physiologisch sinnlichen Liebeswerbungen, in allen Altersstufen, diesen entsprechend angepaßt, vorgetragen werden.

4. Die Einbeziehung der heterolog-sexuellen Differenzen, des Zeugungsaktes und des Liebeslebens bei Tieren und bei Menschen in den Schulunterricht beider Geschlechter hat regelmäßig erst in der sechsten Mittelschulklasse und den gleichstufigen Klassen anderer Anstalten (Lyceum, Handels- und Gewerbeschulen), aber im Gegensatze zum bisherigen Gebrauch in möglichst vollständiger, rückhaltloser Weise zu erfolgen. (Ausnahme hiervon ist Punkt 8).

5. Die auf den Menschen bezüglichen Erläuterungen haben im Rahmen eines in den bisherigen Lehrplan neu einzufügenden und obligaten Unterrichtsgegenstandes „Somatologie und Hygiene“ zu erfolgen, der ausnahmsweise, und insofern Schulärzte noch nicht zur Verfügung stehen, auch von entsprechend hygienisch vorgebildeten Naturgeschichtslehrern vorgetragen werden könnte.

6. Die moderne Neuschule erwirbt erst in dem Maße ein Recht, sich an dieser für die Gesundheit der Schulkinder so belangreichen Aufklärung auch in früheren Altersklassen zu beteiligen, als sie sich auch mit der körperlichen Erziehung und Veredelung derselben befaßt und das hierfür nötige Zeitausmaß auch in dem Lehrplane berücksichtigt.

7. Ein unbedingtes Erfordernis zur schadlosen Durchführung einer derartigen freien Jugenderziehung ist aber das Inslebentreten der schulärztlichen Institution für alle Elementar- und Mittelschulen.

Diese letzteren werden sich dann erst zur vollen Wirksamkeit entfalten, wenn der Schularzt eine entsprechende hygienische Vorbildung genossen hat und wenn er auch einen dem Lehrkörper in hygienischen Fragen über, jedenfalls aber gleichgestellten, in den Lehrerkonferenzen stimmberechtigten, vom Staate kontrollierten und materiell nur von diesem abhängigen, in seinem Wirkungskreise und in seinen Rechten genau präzisierten Faktor darstellt.

8. Dem Schularzt allein steht es zu, Schüler oder Schülerinnen vom somatologisch-hygienischen Unterrichte auf ein Jahr zu dispensieren, dieselben aber auch früher als in der zweiten Klasse der Oberstufe zur Beteiligung an demselben zu verpflichten. Auf diesen Punkt ist in dem Stundenplane entsprechend Rücksicht zu nehmen.

H. B. Sheffield.

Ad. Czerny, Die geistige Überbürdung der Kinder. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 17.) C. ist der Ansicht, daß eine geistige Überbürdung nicht in der Schule gewöhnlich stattfindet, sondern vor der Schulzeit, in jener Zeit, wo das Kind die Erwachsenen um sich den ganzen Tag mit Fragen überhäuft und durch die Beantwortung derselben so und so viel Neues an jedem Tage erfährt. Deshalb soll auch das kleine Kind möglichst wenig

mit Erwachsenen zusammensein, sondern lieber regen Verkehr mit gleichaltrigen Kindern pflegen. Auch der Einzelunterricht, der so oft, um die Kinder nicht zu überanstrengen, statt des Schulunterrichts platzgreift, ist verfehlt; gerade beim Einzelunterricht findet eine Überbürdung statt. Nur wenn der Bestand ernster körperlicher Gebrechen dazu zwingt, soll das einzelne Kind Privatunterricht erhalten, sonst aber gehört es vom sechsten Lebensjahre in die Schule; die Furcht vor letzterer ist durchaus unberechtigt. Grätzer.

P. Schütte, Eine neue Form hysterischer Zustände bei Schulkindern. (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.) Seit Dezember v. J. grassiert in Meissen in einigen Schulen in ziemlich bedeutendem Umfang eine epidemisch auftretende, nervöse Affektion, die „Zitterkrankheit". Es sind meist 9—13jährige Kinder, vorzugsweise Mädchen, der einfachen und mittleren Bürgerschule betroffen, die zusammen mit 35 Klassen sich in demselben Gebäude befinden. Das akut einsetzende Krankheitsbild besteht nur aus dem Zittern, welches bis dahin gesunde Kinder befällt; andere Erscheinungen sind nicht zu konstatieren. Die Kinder werden unruhig, dann macht sich ein leises Zittern der rechten Hand bemerkbar, die immer nur in der Richtung von der radialen zur ulnaren Seite hin und her geschüttelt wird; das Zittern geht oft auch auf die Unterarme über. Das geht anfallsweise (zuweilen auch nachts) wenige Minuten bis $^1/_2$ Stunde so, und diese Anfälle ziehen sich eventuell wochen- und monatelang hin. Grätzer.

Mulder, Untersuchung über das Vorkommen des Stotterns bei Schulkindern. (Onderzoeke naar het stottergebrek onder de schoolkinderen in Nederland.) (Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1906. Bd. 1. S. 1241.) Aus einer Sammelforschung nach der Frequenz des Übels des Stotterns bei Schulkindern ergab sich folgendes:

1. Auf den niederen Schulen stottern von den gesamten Kindern etwa 1 %, und zwar 1,64 % der Knaben und 0,44 % der Mädchen.

2. Von den stotternden Kindern sind etwa 80 % Knaben und 20 % Mädchen, also 4mal soviel Knaben als Mädchen.

3. Von 446 stotternden Kindern zeigte sich das Übel bei 187 schon bei den ersten Sprechversuchen; bei 295 schon vor dem Eintritt in die Schule.

4. Bei 40 % der stotternden Kinder war das Übel auch bei anderen Familiengliedern vorhanden, und zwar bei Geschwistern oder bei den Eltern, doch am meisten bei anderen Verwandten.

5. Es zeigte sich kein wesentlicher Unterschied des allgemeinen Gesundheitszustandes der stotternden gegenüber den anderen Kindern. Nur wurde bei den Stotternden eine größere Frequenz von adenoiden Vegetationen konstatiert, ohne daß dieser Krankheit ätiologisch eine große Bedeutung zugemessen werden konnte.

6. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle zeigte sich deutlich eine nervöse Belastung und konnte die hereditäre Natur festgestellt werden. Die sogenannte akzidentelle Ursache ist von untergeordneter Bedeutung für die Ätiologie.

7. Einen großen Prozentsatz der Stotternden bilden geistig zurückgebliebene Kinder. Indem im allgemeinen ein ungünstiger Einfluß des Übels auf die geistige Entwicklung der Kinder nicht konstatiert werden konnte, zeigte sich jedoch, daß bei stotternden, mehr als bei den übrigen Kindern, ein Zurückbleiben von ein oder zwei Klassen auf der niederen Schule vorkam.

8. Bei den stotternden Kindern war das Übel in 22,6 % der Fälle in starkem Grade vorhanden, so daß die betreffenden Kinder fortwährend stotterten und z. B. nicht imstande waren, für die Eltern einfache Gänge zu machen. Graanboom (Amsterdam).

H. Méry, Inspection médicale des écoles primaires, son fonctionnement. (II. Congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique, Paris. 11.—13. Juin 1905.) M. betont in seinem Berichte die Notwendigkeit der ärztlichen Inspektion und konstanten Beaufsichtigung der Kinder in den Normalschulen und teilt dieselbe ein: 1. in hygienische Beaufsichtigung der Schullokale und -möbel; 2. Vorbeugung ansteckender Krankheiten; 3. Beaufsichtigung der Gesundheit und Ausarbeitung eines Gesundheitsbüchels für jeden Schüler und 4. gesundheitliche Erziehung der Kinder und Lehrer.

Zur Erreichung dieser Zwecke sollten vor allem keine Schulen ohne Einholen ärztlichen Rates gebaut und möbliert werden; außerdem soll der Schularzt auch weiterhin der Hygiene des Lokals, die Desinfektion, selbst wenn keine Epidemien herrschen, das Auskehren usw. beaufsichtigen.

Die Prophylaxis ansteckender Krankheiten verlangt ein frühzeitiges Erkennen der sich ereignenden ansteckenden Krankheitsfälle, in Verbindung mit Isolierung derselben und eventuell auch der verdächtigen Fälle. Des weiteren bilden die Vakzination und antidiphtherische Serotherapie einen wichtigen Teil der Prophylaxis.

Jedes Kind sollte bei seinem Eintritte in die Schule einer anthropometrischen Messung (Gewicht, Körperhöhe, Brustumfang) unterworfen, der Gesichts- und Gehörssinn, sowie auch der Zustand der wichtigen Organe untersucht werden. Die gefundenen Resultate wären in ein spezielles Büchlein oder auch auf einen sog. Gesundheitsbogen zu verzeichnen.

Als nächstes Resultat dieser Untersuchungen wären die Schüler in normale und anormale einzuteilen. Von den Anormalen können drei Gruppen gebildet werden: 1. die physiologisch Anormalen, namentlich diejenigen mit geschwächtem Gesichts- und Gehörssinn, welchen diesbezüglich eine besondere Sorgfalt zugewendet werden muß. 2. Die organisch Anormalen, namentlich die zu Tuberkulose Prädisponierten, für welche auf gute Ernährung und Errichtung von Schulen im Walde oder an der Meeresküste zu achten wäre. 3. Die pädagogisch Anormalen, welche in speziellen Klassen oder Sonderschulen unterzubringen sind. E. Toff (Braila).

M. Duboscl ard, Hygiène de l'internat dans les lycées de garçons. (Thèse de Paris. 1905.) Das Zusammenwohnen zahlreicher Kinder, wie dies in den Pensionaten der Fall ist, hat von gesund-

heitlichem Standpunkte zahlreiche Nachteile, welche durch das Einführen einiger hygienischer Maßnahmen zum großen Teile beseitigt werden können. Der intime Kontakt zwischen den Schülern einerseits und zwischen denselben und ihren Lehrern und Aufsehern andererseits bildet eine bedeutende Vorschubleistung für die Entwicklung von Tuberkulose, und zahlreiche Kinder sterben jährlich an Tuberkulosen, die sie in den Schulinternaten erworben haben. Die allgemeinen Schlafsäle sollen in einzelne Kammern für jeden Schüler eingeteilt und jeder derselben eine allgemeine Abgießung oder Dusche zur Morgentoilette vornehmen. Sowohl Schüler als auch Lehrer und überhaupt jede Person, die im Innern der Schule wohnt, soll einer genauen ärztlichen Untersuchung unterworfen und nur auf Grund eines günstigen Gesundheitszeugnisses aufgenommen werden. Jedes Schulinternat soll einen eigenen Arzt besitzen, welcher nicht nur die gesundheitlichen Verhältnisse desselben überwachen, sondern auch praktisch hygienischen Unterricht geben und eventuell notwendige prophylaktische Maßregeln ergreifen soll.

Im allgemeinen soll das zehnte Lebensjahr als unterste Grenze für die Aufnahme in ein Schulinternat oder Pensionat angesehen werden.

E. Toff (Braila).

W. Feilchenfeld, Hohe Schulgebäude und Herzfehler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 4.) F. wendet sich dagegen, daß jetzt in den Großstädten so hohe Schulgebäude gebaut werden, daß manche Kinder an einem Vormittage 6—7mal 5 Treppen hinauf- und hinunterzulaufen (die Pausenzeit ist kurz!) haben, 2mal sogar mit der schweren Schulmappe. Die Schulzimmer sollten keinesfalls so hoch hinauf verlegt werden! Wenn man jetzt in Berlin so häufig Kinder sieht mit beschleunigter und unregelmäßiger Herztätigkeit, so ist wohl auch auf den genannten Umstand als Ursache zu achten.

Grätzer.

W. Danilewsky, Erfahrungen über den Einfluß des Lecithins auf die Herzaktion. (Chark. Med. Journal. 1906. Nr. 4.) Der den Fröschen, Kaninchen und Katzen entnommene Herzmuskel wurde nach Langendorff unter Zuhilfenahme der Flüssigkeit nach Rieger-Locke in Aktion erhalten. Dem letztgenannten Medium wurde nun Lecithin in verschiedener Konzentration beigegeben und dessen Einfluß auf den Herzmuskel studiert.

Schwache Lecithinlösungen hatten bloß Einfluß auf die Intensität einzelner Kontraktionen, nicht aber auf deren Häufigkeit. Ist die Herztätigkeit schwächer und arythmisch geworden, so wurden die einzelnen Schläge unter Lecithineinfluß stärker und rythmisch. Dieselben Erscheinungen, wenn auch intensiver, wurden nach Gebrauch stärkerer Lecithinlösungen (0,01—0,1 %) beobachtet.

Große Lecithingaben wirken aber gerade entgegengesetzt (0,1 % und mehr); die Herzkontraktionen werden weniger intensiv, es tritt Arythmie auf.

Bei noch stärkeren Lösungen stirbt der Herzmuskel ab.

D. nimmt einen direkten Einfluß von Lecithin auf den Herzmuskel als Ursache obenerwähnter Erscheinungen an und rät dieses Mittel

überall dort anzuwenden, wo der Tonus der Herzmuskulatur zu heben ist.

Gabel (Lemberg).

Paul Reyher, Über den Wert orthodiagraphischer Herzuntersuchungen bei Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Eine Art Arbeitsprogramm für weitere Untersuchungen, bei welchen die angewandte Technik, die möglichen Fehlerquellen usw. eingehend besprochen werden. Diejenigen pathologischen Herzveränderungen im Kindesalter, bei welchen ein Nutzen von orthodiagraphischen Untersuchungen erhofft werden kann, werden normiert.

Aus den nur skizzierten Untersuchungsergebnissen sei hervorgehoben, daß eine gewisse Mannigfaltigkeit der Herzformen bei den verschiedenen Kindern aus verschiedenen Lebensaltern zu beobachten ist, die wohl auf eine Verschiedenheit der Herzlage in der Thoraxhöhle zurückzuführen ist. Dem entspricht das wechselnde Verhalten des Neigungswinkels des Herzens, der ja über die Lage des Herzens im Brustraum Aufschluß gibt. Der Neigungswinkel ist durchschnittlich im Säuglingsalter am kleinsten (unter 30°), er hebt sich dann etwa vom dritten Jahre ab auf etwa 40° und darüber, um schließlich vom zehnten Lebensjahre ab wieder allmählich abzufallen bis auf etwa 30° gegen das 14. Lebensjahr hin.

Hecker.

Carl Sundberg (Schwede), Zur Frage von der Ätiologie und Pathogenese der angeborenen Herzkrankheiten. (Nordiskt medicinskt Arkiv. 1905. Abt. 2. Heft 3.) Der Verf. schließt sich an die von Mc. Gillawy aufgestellte Hypothese, daß eine gesteigerte Kopfkrümmung des Embryo als Ursache angeborener Herzmißbildungen anzusehen ist. Er stützt seine Ansicht auf einen genau beschriebenen Fall von Entwicklungshemmung des Herzens, mit rudimentärer Entwicklung des ersten Rippenpaares und Hypoplasie des Manubrium sterni und der linken Lunge kompliziert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Borst, Ein Cor triatriatum. (Verh. d. deutsch. path. Ges. in Meran. 1905.) Die sehr seltene Mißbildung — B. fand in der Literatur nur einen ähnlichen Fall — betrifft eine 38jährige Frau und hatte klinisch keine besonderen Symptome gemacht. Der stark erweiterte linke Vorhof erwies sich durch ein teils membranöses, teils muskulöses, mit einem Loche versehenes Diaphragma in zwei verschieden große Teile getrennt, von denen der größere die Mündung von fünf Lungenvenen enthielt. B. erklärt die Mißbildung als eine in der vierten Embryonalwoche zustande gekommene, auf primärer, fehlerhafter Anlage der Lungenvene beruhende. Mit Hilfe der Bornschen Anschauungen über die Entwicklung des Herzens ließ sie sich gut erklären.

Bennecke (Jena).

Baumeister, Zur Kasuistik der primären Herzgeräusche. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 17. Nr. 7.) Bei der Sektion eines 46jährigen, unter den Erscheinungen der Myokarditis und Mitralstenose — ein deutliches systolisches Geräusch schwand vor dem Tode — gestorbenen Mannes fand sich eine starke Vergrößerung des Herzens und ein Tumor von Kindsfaustgröße und lappiger Ge-

stalt. Dieser ging vom Septum atriorum in der Nähe des Foramen ovale aus, ragte durch das Ostium venosum sin. in den linken Ventrikel und hatte hier die Papillarmuskeln abgespaltet. Mikroskopisch erwies er sich als ein Myxom. B. hält den Tumor wegen seines Sitzes für kongenital angelegt. Auffallend ist, daß er erst so spät klinische Erscheinungen gemacht hat. Das Verschwinden des systolischen Geräusches vor dem Tode erklärt sich aus den anatomischen Verhältnissen. Bennecke (Jena).

Wenckebach, Über adhäsive Perikarditis. (Ned. Tydschr. v. Geneeskunde. 1906. Bd. 1. S. 1295.) W. berichtet über einen Fall von Mediastino-Perikarditis bei einem 15jährigen Knaben mit Concretio pericardii mit Erscheinungen von heftigen Kreislaufstörungen, Ödem, Dyspnoe, sehr großer Leber, negativem Ictus cordis, Pulsus paradoxus und inspirat. Anschwellung der Halsvenen. Als die interne Therapie lange Zeit ohne jeden Erfolg blieb, wurde zur Operation nach L. Brauer geschritten. Diese Operation besteht in einer Resektion der Rippen, die das Herz bedecken, und wurde von Brauer Cardiolysis genannt. Im Falle W.s wurde reseziert links die 4., 5., 6. und 7. Rippe von der Verbindung mit dem Sternum bis an die Mammillarlinie, und auch ein Teil des linken Sternalrandes.

Nach der Operation, die günstig verlief, war die Dyspnoe bedeutend gebessert, verschwanden die Ödeme und verkleinerte sich die Leber. Die Wirkung auf das Herz blieb aber eine recht schlechte, und nach einem Jahre trat ein bedeutender Aszites auf als Folge einer Art „Pseudozirrhose“. Graanboom (Amsterdam).

Flesch u. Schossberger, Diagnose und Pathogenese der im Kindesalter häufigsten Form der Concretio pericardii cum corde. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 59. Heft 1.) Die häufigste Form der Perikardialverwachsung im Kindesalter ist durch einen eigentümlichen Symptomenkomplex charakterisiert; im Vordergrund steht ein hochgradiger isolierter Aszites, pastöses Gesicht, zyanotische Lippen und Lebervergrößerung, wobei außer dem kleinwelligen, etwas beschleunigten Puls kein einziges Symptom auf das Herz deutet. Vermöge der charakteristischen Symptome stellt diese Form ein vollkommen fest umschriebenes Krankheitsbild dar. Die eigentümliche Form der Stauung muß auf Grund der von den Verff. angestellten Tierexperimente als eine Stauung rein kardialen Ursprungs betrachtet werden. Weshalb die kardiale Stauung bei dieser Affektion in konsequenter Weise so auftritt, muß vorläufig noch eine offene Frage bleiben. Freyhan (Berlin).

N. Thomesco et **S. Graçoski** (Bukarest), Symphyse tuberculeuse latente du péricarde. (Archives de méd. des enf. Mars 1906.) Die tuberkulöse Symphyse des Perikardiums wird nicht immer und in allen Perioden ihrer Entwicklung von Leberzirrhose und einer derselben entsprechenden Symptomatologie begleitet. Es ist also vorteilhaft, statt der Bezeichnung kardio-tuberkulöse Zirrhose, für den Hutinelschen Symptomkomplex diejenige von latenter tuberkulöser Symphyse des Perikardiums zu wählen. Letztere Be-

zeichnung entspricht einem reellen anatomischen Zustande des Zirkulationszentrums, welcher sich nur durch unbedeutende Herzsymptome kundgibt, während diese Veränderungen eine frühzeitige und tiefe Veränderung im Leberparenchym hervorrufen. In einem von den Verff. beobachteten Falle, einen 13 jährigen Knaben betreffend, war das Perikardium mit dem Herzen fest verwachsen, etwa 9 mm dick und von zahlreichen Tuberkeln durchsetzt. Die Leber war außerordentlich vergrößert (Gewicht 1422 g), doch bot dieselbe histologisch keine Zirrhose dar, vielmehr fanden sich weitgehende Atrophien der Trabekeln, während andererseits eine bedeutende Überladung der Zellen mit einem rötlichbraunen Pigmente zu verzeichnen war.

E. Toff (Braila).

Walther H. Schultze, Über Endocarditis tuberculosa parietalis. (Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 1906. Bd. 17. Nr. 8.) Bei einem 11 jährigen, unter den Symptomen einer Miliartuberkulose gestorbenen Knaben fand sich außer einer Miliartuberkulose ein polypöses, 7 mm langes, der Richtung des Blutstromes entsprechend nach der Aorta zu gelagertes Gebilde, das breitbasig von dem vorderen Papillarmuskel des linken Ventrikels ausging. Dieses besteht mikroskopisch aus tuberkulösem Granulationsgewebe mit zahlreichen Tuberkeln und ist sehr reich an Tuberkelbazillen. Es konnte nachgewiesen werden, daß die elastischen Fasern des Endokards fast gar keine Veränderungen erkennen lassen, woraus unter anderem S. folgert, daß es sich um einen der sehr seltenen Fälle echter tuberkulöser Wandendokarditis handelt, und daß das Gebilde nicht etwa aus einem sekundär infizierten Thrombus hervorgegangen ist. Wahrscheinlich, doch nicht sicher beweisbar, ist die Miliartuberkulose von dieser Stelle ausgegangen.

Bennecke (Jena).

Boulay et **F. Heckel,** Le nez et la gorge considérés comme portes d'entrée de la tuberculose. (Congrès international de la tuberculose. Séance du 2. Octobre 1905.) Der Nasenrachenraum ist eine der wichtigsten Eingangspforten für die meningeale und pulmonale Tuberkulose. Speziell die Lungentuberkulose macht drei Etappen durch: 1. Naso-pharyngeale Etappe; 2. Zerviko-mediastinale Drüsenetappe und 3. Pleuro-pulmonale Etappe. Auf diese Weise wäre auch die Häufigkeit der tuberkulösen Lokalisation in den Lungenspitzen zu erklären. Es ist daher von Wichtigkeit, selbst anscheinend unbedeutende Erkrankungen und Läsionen der Nase, des Rachens, der Tonsillen usw. einer aufmerksamen Behandlung zu unterziehen, um keine offenen Pforten für die Tuberkulose bestehen zu lassen.

E. Toff (Braila).

Felix, Die Zerstückelung (Morcellement) der hypertrophischen Gaumentonsille. (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1905. Heft 10.) Verf. bedient sich der von Ruault angegebenen Lochzange, mit welcher, nachdem die Krypten der Mandel geleert und die Verwachsungen der Gaumenbögen mit der Mandel gelöst sind, die Zerstückelung bzw. Zerquetschung vorgenommen wird. Diese Zange unterscheidet sich von allen anderen zu diesem Zwecke angegebenen dadurch, daß sie nicht schneidend, sondern quetschend wirkt, ein Umstand,

der die nachfolgenden heftigen Blutungen vermeidet, welche bei älteren Kindern und Erwachsenen relativ häufig auftreten. Bei Kindern unter 10 Jahren wendet Verf. das Morcellement nicht an, weil die Operation mehr Zeit in Anspruch nimmt, als die Tonsillotomie, und auch beide Mandeln in einer Sitzung nicht abgetragen werden können. Außerdem ist die Blutung bei Kindern unter 10 Jahren meist nicht erheblich.

A. Sonntag (Berlin).

I. A. del Cueto, Prophylaktische Blutstillung in der Otorhinolaryngologie. (Arch. de Linecop. etc., Ref.: Rev. de Med. y Cir. Pract. 14. Juni 1906.) Verf. verwendet das Chlorkalzium, um die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu vermehren und so Blutungen und Nachblutungen zu verhüten. Die verschriebene Lösung wird vom Vorabend an bis 2 Stunden vor der Operation in vier Portionen gegeben; sie darf nicht mit Milch zusammengebracht werden. Das für einen Erwachsenen passende, für Kinder entsprechend zu verändernde Rezept ist: Chlorcalcium purum 3,0, Aq. dest. 250, Sir. qu. s.

M. Kaufmann.

Fleischmann, Über die Behandlung eitriger Mittelohrerkrankungen mit Bierscher Stauungshyperämie. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1906. Heft 5.) Im Gegensatz zu den Erfahrungen Kepplers kann Verf. im Einklang mit Heine und Stenger nicht so Günstiges über die Stauungsbehandlung bei eitrigen Mittelohrerkrankungen berichten. Zur Behandlung kamen 25 Fälle, und zwar 9 Fälle unkomplizierter akuter Mittelohrerkrankung, 12 Fälle akuter Mastoiditis, 2 Fälle chronischer Mittelohreiterung und 2 Fälle von Perichondritis der Ohrmuschel. Am günstigsten waren noch die Erfolge bei der unkomplizierten akuten Mittelohreiterung, indem von den 9 Fällen 6 innerhalb 10—23 Tagen ausheilten. Die anderen 3 Fälle mußten, da sie nach mehrwöchiger Behandlung keine Besserung zeigten, in der üblichen Weise behandelt werden, worauf Heilung in 10—20 Tagen eintrat. Von den 12 Mastoiditiden heilten mit Stauung fünf, die übrigen mußten operiert werden, wobei sich bei zwei Kranken derartig weitgehende Senkungsabszesse und Zerstörungen des Knochens fanden, daß ein weiteres Fortfahren mit der Stauung direkt lebensgefährdend gewirkt hätte. Bei den 4 Fällen chronischer Mittelohreiterung und Perichondritis blieb das Verfahren ohne jede Einwirkung. Da auch schon andere Autoren (Heine, Hinsberg) derartige üble Erfahrungen mit der Stauungsbehandlung gemacht haben, hält Verf. die neue Methode für dieses Gebiet für bedenklich. Da die Akuität des Krankheitsbildes durch die Behandlung genommen wird, indem aus der manifesten eine latente Form gemacht wird, wird man häufig zu einer Verzögerung verleitet und versäumt so den richtigen Moment zum Eingriff.

A. Sonntag (Berlin).

M. Allen Starr, Intracranial Lesions as Sequelae of Chronic Purulent Otitis Media. (Med. Record. Vol. 69. Nr. 10.) Die gewöhnlichen Gehirnkomplikationen von Mittelohrentzündung sind: Gehirnabszeß, Meningitis und Sinusthrombose und nicht selten akute Encephalitis. Letztere wurde zuerst von Strümpell beschrieben, der

glaubte, daß sie meistens bei Otitis media der Kinder eintritt; die neuesten Untersuchungen von **Oppenheim**, **Voss** und **Mygind** beweisen jedoch, daß Encephalitis auch bei Erwachsenen auftritt. Die Symptome von Encephalitis acuta ähneln denen des Gehirnabszesses, und zwar: plötzliches Auftreten von akuten Gehirnsymptomen, Fieber, langsamer Puls, Stupor, sensorische und motorische Aphasie, Paralyse des Facialis oder Brachialis oder Epilepsie, haben aber mit Gehirnabszeß nichts gemein, was die pathologische Anatomie anbetrifft, indem in keinem dieser Fälle Eiter vorgefunden wurde.

Wenn eine chronische Otitis media durch Entwicklung eines intrakraniellen Abszesses kompliziert wird, so erscheinen folgende Symptome: Allgemeine oder lokale Kopfschmerzen; eine Änderung im Gemütszustand; lokale, kranielle Empfindlichkeit bei Perkussion, manchmal sogar ein Abweichen vom normalen Schädelschall beim Klopfen über die affizierte Seite; abnormale Temperatur und subnormaler Pulsschlag, der mit dem Fortschreiten der Krankheit immer langsamer wird; Paralyse des Facialis, wenn eine Folge der Ohrentzündung auf derselben Seite, wenn verursacht durch den Gehirnabszeß auf der entgegengesetzten Seite, Neuritis optica — erst spät oft, anfänglich eine Kontraktion und später Dilatation der Pupille — die letzten zwei Symptome sind nicht konstant. Differentialdiagnostisch ist die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit wichtig, indem dieselbe bei Meningitis eine ungeheuere Menge von Leukozyten enthält, während der Leukozytengehalt beim Gehirnabszeß sehr gering ist; ferner ist gewöhnlich die Zerebrospinalflüssigkeit beim Gehirnabszeß frei von Mikroorganismen, während letztere stets und reichlich vorhanden sind bei den verschiedenen Arten von Meningitis. Die Untersuchung des Blutes ist oft ebenfalls von diagnostischer Bedeutung. Solange es sich um eine chronische Otitis handelt, bleibt der Leukozytengehalt im Blute niedrig, beim Eintritt einer Gehirnkomplikation steigt derselbe: und zwar langsam beim Zerebralabszeß, aber recht schnell und hoch bei Gehirnentzündung.

Verf. empfiehlt Frühoperation in allen Fällen von Zerebralabszeß und gibt kurz die Krankheitsgeschichten von 81 Patienten, von denen 42 nach der Operation genasen.

H. B. Sheffield.

Hill Hastings, Mastoiditis-some practical points. (Southern California Practitioner. Vol. 21. Nr. 8. Aug. 1906.) Als unbedingte Symptome der Mastoiditis, die eine Operation indizieren, stellt Verf. auf: 1. Starke Ohrschmerzen, von Taubheit oder maschinenähnlichen Geräuschen begleitet. 2. Unaufhörliches Ausströmen von Eiter aus dem Ohr. 3. Empfindlichkeit des Processus mastoideus, besonders über der Höhle und an der Spitze. Auf die Schwellung darf man keinen Wert legen, sie fehlt zumal bei Kindern gewöhnlich. 4. Die physikalischen Zeichen einer starken infektiösen Mittelohrentzündung, vor allem rotes, sich vorwölbendes Trommelfell mit Perforation, ferner eine Senkung in dem hinteren oberen Quadranten.

Fischer-Defoy (Kiel).

Hoffmann, Die Noma des Ohres. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1906. Bd. 51. Heft 4.) Einer der seltenen Fälle von Noma, vom

Ohr ausgehend. Es handelte sich um ein 2 jähriges Mädchen, welches an einer chronischen Mittelohreiterung litt. Im Anschluß an Masern trat Blutausfluß aus dem Ohre auf, hinter dem Ohr entstand nach 4 Tagen eine Schwellung, auf deren Kuppe sich eine scharf umschriebene mandelgroße hämorrhagische Blase bildete. Der Knorpel lag an der vorderen Seite des Gehörgangseinganges bloß und war mit der Sonde frei beweglich. Das Kind sah derartig verfallen aus, daß vorläufig von einer Operation Abstand genommen wurde, erst nach 3 Tagen, als die Gangrän so groß wie eine Hand war und auf den unteren Teil der Ohrmuschel und die Parotisgegend übergegangen war und das Allgemeinbefinden sich etwas gebessert hatte, wurde zur Operation geschritten. Trotzdem das Gewebe bei derselben bis weit ins Gesunde entfernt wurde, schritt die Gangrän unaufhaltsam weiter. Das Kind erlag der Erkrankung nach weiteren 6 Tagen. Die Noma des Ohres wurde bis jetzt nur an Kindern beobachtet im Alter von 24 Tagen bis zu $4^3/_4$ Jahren. Ausfluß aus dem Ohre bestand in allen Fällen schon seit längerer Zeit, die Dauer der Erkrankung betrug im Durchschnitt 9 Tage. „Färbt sich im Verlauf einer Otitis media purulenta der Ausfluß plötzlich hämorrhagisch und wird er aashaft stinkend, tritt ein die Muschel abhebendes pralles Ödem in der Umgebung auf, während aus dem Meatus sich Knorpelsequester bei rascher flächenhafter Zunahme der Gangrän abstoßen, dann ist die Diagnose Noma gesichert und schnellstes Handeln geboten, denn die Prognose wird sonst stündlich ungünstiger: alle 8 Fälle von Noma des Gehörgangs gingen zugrunde.“ Ein energisches chirurgisches Vorgehen dürfte das erste Erfordernis sein. Verschorfung und Röntgenbestrahlungen fördern die Reaktion im umgebenden Gewebe. Um die Blutgefäße des Kopfes zu füllen, soll der Kopf tief gelagert werden. Im übrigen muß für möglichst roborierende Kost und gründliche Pflege der Mundhöhle gesorgt werden.

A. Sonntag (Berlin).

Henrici, Weitere Erfahrungen über die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1906. Bd. 51. Heft 2.) Verf. fügt den von ihm vor einem Jahre mitgeteilten acht Fällen von Tuberkulose des Processus mastoideus im Kindesalter sechs neue hinzu. Bezüglich des Krankheitsverlaufes hat Verf. bei den jetzigen Fällen den Eindruck gewonnen, daß sich die Ausheilung der Wunde im allgemeinen doch etwas länger hinzieht, als bei gewöhnlichen Mastoiditiden; häufiger war er gezwungen, die Wundgranulationen auszukratzen und den Knochengrund zu evidieren. Eine vollkommene Heilung ist in den meisten Fällen mit der einfachen Warzenfortsatzaufmeißelung zu erzielen, nur einmal wurde die Radikaloperation nötig. Die Entscheidung darüber läßt sich meist erst bei der Operation treffen. Bei einem Falle hatte der von dem Entzündungsherd ausgehende Reiz zu einer vollkommenen Sklerosierung des Knochens in der Umgebung des Krankheitsherdes geführt; die den Granulationen anliegenden Knochenwandungen waren ganz glatt und hart. Es machte dieser Befund den Eindruck, als ob über kurz oder lang eine Eliminierung des Granulationsherdes und somit eine Spontanheilung eintreten würde. Ein Fall endete tödlich. Da

er ein Kind von 10 Monaten betraf, ist auch hier wieder die Erfahrung bestätigt, daß Kinder im ersten Lebensjahre besonders gefährdet sind. Bei älteren Kindern ist die Erkrankung prognostisch verhältnismäßig günstig zu beurteilen. Die Häufigkeit der tuberkulösen Mastoiditis beträgt etwa $^1/_6$ aller Mastoiditiden bei Kindern.

A. Sonntag (Berlin).

Lewin, Abundante Entleerung von Liquor cerebrospinalis vom äußeren Gehörgang bei intaktem Trommelfell. (Russkij Wracz. 1906. Nr. 5.) Ein 14jähriges Mädchen klagt, daß seit 2 Wochen sich eine klare wässerige Flüssigkeit, bis zu 3 Liter binnen 24 Stunden vom linken Ohr entleert; tagsüber entleerten sich 5—6mal je 1—2 Gläser, nachts war das Polster ganz durchtränkt. Vor 15 Tagen fiel Patientin hinterrücks mit dem linken Ohr an eine Ofenkante. Durch 3 Tage litt das Mädchen an starken Kopfschmerzen, Stechen im Ohre und Kopfschwindel; das Bewußtsein war jedoch stets erhalten, auch zeigte sich kein Blut aus dem Ohre. Nach dem dritten Tage zeigte sich der oben beschriebene Ohrenfluß, dessen Intensität sich stets steigerte. Allgemeinbefinden gut. Die objektive Untersuchung ergibt Schwellung und Schmerzhaftigkeit des knöchernen Teiles des äußeren Gehörganges; Trommelfell intakt, ohne Sprung, ohne Bluterguß.

Die genaue Beobachtung ließ Simulation ausschließen. Das Leiden dauerte 3 Wochen; die Untersuchung der Flüssigkeit ergab die Kennzeichen des Liquor cerebrospinalis. Verf. nimmt einen Sprung an der Schädelbasis an, dort wo dieselbe einen Teil des äußeren knöchernen Gehörganges bildet. Analogen Fall hat Zaufal publiziert.

Interessant ist es, daß der Verlust so großer Mengen von Zerebrospinalflüssigkeit keinerlei üble Folgen weder für das Gehirn noch den Organismus hatte.

Gabel (Lemberg).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Maisitzungen.

Adam demonstriert einen Fall von **diffuser Sarkomatose der Leptomeningen**; kleine Knötchen und flächenhafte Geschwülste, mikroskopisch aus Runzeln bestehend, fanden sich an der Großhirnoberfläche am Chiasma und im vierten Ventrikel. Die Diagnose konnte nicht gestellt werden, der Zustand war im ganzen ein wechselvoller, das Ende ein plötzliches; „tâches cérébrales“ fehlten.

Dörnberger spricht über **Zahnungskrankheiten**. Die verschiedenen Autoren bekämpfen sich in der Literatur mit mehr Hitze als Sachlichkeit. Nach Ansicht des Vortr. kann der Zahndurchbruch ein Fremdkörpergefühl veranlassen, ebenso wie eine gewisse Reizung des Zahnfleisches, die sich bis zur Entzündung steigern kann, Schmerz, Unruhe, gestörten Schlaf. Krämpfe dagegen, Ausschläge, Fieber, Husten, Diarrhöen sollten nicht in Zusammenhang mit der Zahnung gebracht

werden. In der Diskussion möchte Spiegelberg, der im allgemeinen den Ausführungen des Vortr. zustimmt, den Zusammenhang mancher Erscheinungen, namentlich auf nervösem Gebiete, mit der Zahnung nicht so gründlich zurückgewiesen sehen, den Strophulus retten und die Krämpfe als Reaktion auf einen hier vom Zahnfleisch ausgehenden peripheren Reiz bei Spasmophilen aufrecht erhalten, obgleich ihm diese Anschauungen schon vor Jahren den heftigen Angriff eines Fanatikers der Wissenschaft zugezogen haben. Die wahrscheinlich gesteigerte elektrische Erregbarkeit müsse das Bindeglied bilden.

Rommel verteidigt ebenfalls die Beteiligung der Nervensphäre (Strophulus, Pollakiurie usw.). Feststellung der elektrischen Übererregbarkeit, Prüfung des Hirndrucks und Studium der Wachstumskurven könnten Klarheit schaffen. In gleichem Sinne spricht sich Hutzler aus. Jener bemerkt, daß es für die Verbindung physiologischer Vorgänge mit pathologischen Folgezuständen genug Analogien gibt.

Pfaundler ist durch Erfahrung bei der eigenen Zahnung von der Negierung zurückgekommen. Exakte Untersuchungen sind jedenfalls schwer. Die seinerzeit in Graz angestellten elektro-diagnostischen Untersuchungen sprechen für eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit während pathologischer Dentition; sie scheint bei dem Schneidezahndurchbruch zu fehlen.

Trumpp findet bei der Zahnung eine oft erhebliche Anorexie. Dörnberger verwahrt sich im Schlußwort dagegen, mißverstanden zu werden, indem er sich hauptsächlich gegen die Zahnkrankheit als Verlegenheitsdiagnose gewendet haben wollte.

Dörnberger regt in einem kurzen Vortrag über die Schwierigkeit der Verhütung der Keuchhustenverbreitung in öffentlichen Stadtanlagen und Sommerfrischen die Anlage eines abgegrenzten, mit allen Hilfsmitteln ausgerüsteten Walderholungsplatzes zur Freiluftbehandlung mit Isolierung an und schlägt ferner die Errichtung von Keuchhustensanatorien in geeigneter Gegend vor.

Aus der Diskussion sind bemerkenswert die Erfahrungen Rommels über den offensichtlichen Erfolg der Freiluftbehandlung an einer Keuchhustenepidemie im Münchener Säuglingsheim, erhoben durch die Verlegung aller Erkrankten aus dem Heime in eine ländliche Villa und Vergleichsbeobachtungen.

Zum Schlusse der Sitzung brachte Trumpp einen Fall von **Erythema infectiosum Sticker** zur Mitteilung, das bei einem 16 jährigen Mädchen mit blauroten Flecken im Gesicht, subjektiv Brennen ohne Fieber begann, sich nachher als scharf gegen Ohren und Mundgegend abgesetzte, aus unregelmäßigen Flecken zusammenfließende Röte, begleitet von Exanthem des Gaumens, Follikelschwellung usw. zu erkennen gab; an den Extremitäten ähnliches Exanthem, mehr gleichmäßig scharlachrot auf den Streckseiten; am dritten Tage erkrankte in leichterer Form die Schwester. Keine Prodrome, Quelle unbekannt, Inkubation nicht zu erheben, Involution ähnlich dem Erythema multiforme. Vortr. betont besonders die bei solchen Erythemen gegebene Gelegenheit zu Fehldiagnosen.

Eine Sitzung am letzten Mai war der Durchberatung einer Dienstanweisung für die Münchener Schulärzte gewidmet. Außerdem besprach Trumpp einen Fall von **Urogenitaltuberkulose.**

Sitzung vom 12. Juli 1906.

Reinach demonstriert die Photographien eines Falles von **spastischer Pylorusstenose**, welcher der Gesellschaft vor 3 Monaten schon einmal vorgestellt worden war. Bei dem mit der Flasche genährten Kinde hatten die sehr typischen Erscheinungen ca. 4 Wochen nach der Geburt eingesetzt. Durch diätetische Behandlung und Magenspülungen wurde nach $4^1/_2$ Monaten Dauerheilung erzielt.

In der Diskussion sprechen Pfaundler, Reinach, Seitz.

Reinach spricht über die Knochenveränderungen bei **kongenitaler Lues** und illustriert an ca. 20 prächtigen Röntgenbildern die bei sieben luetischen Säuglingen gefundenen Knochenveränderungen: Ellenbogenschwellungen mit Parrotscher Lähmung, osteochondritische Veränderungen usw. und die Besserung bzw. Heilung unter spezifischer Behandlung.

Reinach demonstriert des weiteren Röntgenaufnahmen eines vor Jahresfrist



der Gesellschaft vorgestellten Falles von **Barlowscher Krankheit.** Das Kind ist inzwischen geheilt, was sich auch deutlich in den Bildern zu erkennen gibt.

Mennacher referiert über einen Fall von **Peritonitis** nach Perforation einer 4 Wochen im Darm liegenden Haarnadel.

Diskussion: Seitz.

Wolff zeigt das Präparat einer **Hydropyelonephrose.**

Diskussion: Adam, Seitz. Hecker.

Holländische Vereinigung für Kinderheilkunde.

Versammlung vom November 1905.

(Ned. Tydschrift v. G. 1906. Bd. 2. S. 139.)

v. Wely (den Haag) gibt einen **historischen Bericht des Kinderkrankenhauses zu den Haag** und von dessen Krankenmaterial.

v. d. Hoeven (den Haag) berichtet 1. über den Fall eines **Fremdkörpers** (eine Münze von der Größe eines Zweipfennigstückes) **in dem Ösophagus**, hinter dem Manubrium sterni, konstatiert durch Röntgenphotographien und mit Erfolg entfernt durch die Oesophagotomia externa.

2. Über zwei Fälle von Hydrocephalus internus, beide behandelt mit Trepanation des Hinterhauptbeines, doch ohne Erfolg.

Milo (den Haag) demonstriert seinen neuen **Redresseur-Osteoklast.**

De Bruni (Amsterdam): a) **Einige Bemerkungen über die Behandlung von kongenitaler Pylorusstenose bei Säuglingen.**

Auf Grund von vier Fällen, durch B. wahrgenommen, bestreitet er die Meinung von Gráanboom, der eine Trennung zu machen wünscht zwischen Spasmus pylori und kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose. B. ist der Meinung, daß es sich stets um eine kongenitale Pylorusstenose handelt.

Was die Therapie anbetrifft, so ist B. der Ansicht, daß eine konsequent durchgeführte interne Behandlung bessere Resultate liefert und den Vorzug vor dem Messer des Chirurgen verdient.

b) **Absud von Gemüse als diätetisches Heilmittel bei akuter Gastroenteritis von** Säuglingen.

Bei der diätetischen Behandlung der Gastroenteritis wird durch Mèry die Aufmerksamkeit gelenkt auf den Wert des Gemüseabsudes als Übergang von der Wasserdiät auf die Milchdiät.

Die Bereitung des Gemüseabsudes wird durch Mèry wie folgt angegeben:

Man lasse ein Gemenge von 60 g Kartoffeln, 45 g Möhren, 15 g Steckrüben, 6 g getrockneten Erbsen und 6 g getrockneten Bohnen während 4 Stunden in einer zugedeckten Pfanne mit einem Liter Wasser kochen. Danach kolicre man und fülle die so erhaltene Flüssigkeit wieder an bis zu einem Liter und füge 5 g Küchensalz bei.

Mèry ging so zu Werke, daß er Säuglingen mit akuter Gastroenteritis zuerst 1—2 Tage Wasserdiät verabreichte und nachher, während einiger Tage, ja selbst bis zu einer Woche das Gemüseabsud. Sodann läßt er allmählich steigende Mengen Milch dem Gemüseabsud beifügen.

B. läßt noch auf jede 100 g vom Gemüseabsud $^1/_2$—1 Teelöffel Reismehl beifügen.

Er sah ebenso wie Mèry die Fäzes schnell sich bessern und das Körpergewicht sehr schnell zunehmen. Die günstige Wirkung beruht wahrscheinlich auf dem hohen Gehalt an Kochsalz.

Bei der Anwendung traten manchmal Ödeme auf, welche jedoch nach Änderung der Nahrung wieder schnell verschwanden.

B. hat nun in einer Anzahl Fällen von Gastroenteritis das Gemüseabsud mit Beifügung von $^1/_2$—1 Teelöffel Reismehl per 100 g Absud angewendet. Er sah eben wie Mèry schnelle Zunahme des Köpergewichts. Dabei traten manchmal Ödeme auf, die jedoch, sobald das Gemüseabsud mit Milch vermengt wurde, verschwanden. Trotzdem viele Säuglinge starben, glaubt B. die Methode doch anempfehlen zu dürfen.

Haverschmidt (Utrecht): **Nahrung schwächlicher Kinder nach dem Säuglingsalter.** H. macht aufmerksam, daß, während vor dem Säuglingsalter bei den verschiedenen Autoritäten ziemliche Einstimmigkeit betreffend der diätetischen Vorschriften herrscht, diese bei den verschiedenen Autoren ganz verschieden sind, wenn es sich um die Nahrung des Kindes nach dem ersten Lebensjahre handelt. So will dieser, daß Milch, Fleisch und Eier, andere dagegen gerade Amylaceen, Gemüse und Früchte die Hauptbestandteile der Nahrung sein sollen.

Bei seinem Materiale an schwächlichen Kindern ergab sich, daß die meiste Empfehlung eine Diät verdient, welche in der Hauptsache aus Milch und Amylaceen besteht mit einer Kalorienzahl von 101—80; bei den meisten jedoch schien eine Kalorienzahl von ungefähr 70 per Kilogramm Körpergewicht hinreichend für ein gutes Wachstum und Wohlbefinden. Die Anzahl Mahlzeiten per Tag (24 Stunden) sei 3—4.

Per Tag wurden durchschnittlich $^3/_4$ Liter Milch und 160 g Brot gegeben. Allmählich wurden Früchte und Gemüse beigefügt.

Graanboom (Amsterdam) berichtet a) **Über den Kongreß der Milchküche zu Paris.** b) **Ein paar neue Präparate von Säuglingsnahrung.** Über beide wurde bereits berichtet.

Timmer (Amsterdam): **Hydrocele communicans.** T.s Erfahrung hat ihm gelehrt, daß eine Anzahl von sogenannten nicht kommunizierenden Hydrocelen bei kleinen Kindern in Wirklichkeit wohl kommunizierende Hydrocelen seien, doch daß die Verbindung mit der Peritonealhöhle durch die Verstopfung des Kanales mit einem Stückchen Netz oder durch einen Recessus von dem Hydrocelsack gestört war. Graanboom.

IV. Neue Bücher.

Die Säuglingsmilchküchen der Patriotischen Gesellschaft in Hamburg. Erster Jahresbericht 1904/05, erstattet von Physikus Dr. Sieveking. Hamburg 1906. Verlag von C. Boysen. 33 Seiten. 0,60 Mk.

Die Hamburger Milchküchen, die Neumann in seinem bekannten Vortrage (Med. Reform. 1905. Nr. 49) als „Mustereinrichtung" bezeichnet hat, treten mit der vorliegenden kleinen Schrift zum ersten Male an die breitere Öffentlichkeit, und ihr Leiter, Stadtphysikus Dr. Sieveking, berichtet „ohne viele Umschweife von guten und bösen Erfahrungen". —

Die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit in den letzten 5 Jahren betrug in Hamburg 28,6 % der Gesamtsterblichkeit oder 17,6 Säuglingstodesfälle auf 100 Geburten; bei der Bekämpfung dieser hohen Mortalität sollen die Milchküchen helfen, einmal dadurch, daß sie hygienisch geschulten Ärzten Gelegenheit geben zur Belehrung über die Pflege und Ernährung des Säuglings, besonders gelegentlich der wöchentlichen ärztlichen Wiegestunde, andererseits durch Beschaffung trinkfertiger pasteurisierter Milch oder Milchmischung zu billigem Preise (pro Liter 25 Pf.). Die einwandfreie Quelle der Milchversorgung, die Zuverlässigkeit und Güte der Mischungen, der geregelte, peinlich saubere Betrieb haben dies gemeinnützige Unternehmen rasch eingebürgert, so daß im ersten Berichtsjahr 726 Säuglinge mit einem Tagesumsatz von ca. 1400 Flaschen versorgt wurden. Zur Verabreichung gelangen Vollmilch und drei verschiedene Milchverdünnungen mit 5 %iger Lösung von Soxhletschem Nährzucker und von Milchzucker in Wasser. Die Pasteurisierung erfolgt durch 10 Minuten lange Erhitzung mittels strömendem Wasserdampf auf 70° C. und nachfolgende Abkühlung.

Einige statistische Tabellen, die Bezugsbedingungen und andere Vorschriften, sowie einige Abbildungen ergänzen die lehrreichen Mitteilungen. Durch die technischen Vollkommenheiten haben die Hamburger Milchküchen schon für Kiel und andere Orte vorbildlich gewirkt. W. Wegscheider.

O. Heubner. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Leipzig 1906. Verlag von Joh. Ambr. Barth. 2 Bände. Preis: Mk. 14, gebd. Mk. 16,50.

Daß Heubners Lehrbuch außerordentlichen Erfolg haben würde, war vorauszusehen, und es ist in der Tat jetzt, 3 Jahre nach dem Erscheinen des

1. Bandes bereits eine 2. Auflage nötig geworden. Da der 2. Band erst vor einem halben Jahre die Presse verlassen hat, erscheint er jetzt unverändert wieder. Im 1. Bande hat der Autor jedoch sorgfältigst alles, was in den letzten Jahren wirklich wertvolle Fortschritte in der Pädiatrie bedeutete, registriert und dafür manches Unwichtigere aus dem früheren Texte weggelassen, so daß der Umfang des Werkes der gleiche geblieben ist.

Noch einmal näher auf das Lehrbuch einzugehen, erübrigt sich wohl. Es wird sich sicher zu den bisherigen zahlreichen neue Freunde erwerben.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Brommer, G., Ein Fall von infantiler Pseudobulbärparalyse (Erlangen). — **Brüning, H.**, Beiträge zur Lehre der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung. Habilitationsschrift (Rostock). — **Cords, R.**, Ein Fall von postdiphtheritischer Gehirnerkrankung mit besonderer Berücksichtigung unserer heutigen Kenntnisse vom Zwangslachen (Leipzig). — **Dawidsohn, J. H.**, Über eine seltene Mißbildung (Würzburg). — **Hasse, K.**, Kurzer Überblick über die Geschichte und Ätiologie des Keuchhustens mit einigen Beiträgen (München). — **Henschke, J.**, Über einen Fall von angeborener doppelseitiger Kniegelenksluxation nach vorn (Leipzig). — **Heuss, L.**, Ein Fall von Nierensarkom im kindlichen Alter (München). — **Hohenhaus, E.**, Über die Beziehungen der Rinder- und Menschentuberkelbazillen sowie deren Infektionswege im menschlichen Körper (Leipzig). — **Hoth, F.**, Statistischer Beitrag zur Dementia praecox, „Jugend-Irresein" (Rostock). — **Junge, W.**, Ein Fall von Angiosarkom (Peritheliom) am Halse bei einem 7 Monate alten Kinde (Kiel). — **Kasten, J.**, Zur Lehre der Hämoptoe im Säuglingsalter (Rostock). — **Klimpel, E.**, Lassen sich die Imbibitionserscheinungen an den brechenden Medien mazerierter Kinder zur Bestimmung der Zeit des intrauterinen Todes verwenden? (Marburg). — **Kohlhage, Th.**, Über fötalen Riesenwuchs (Halle). — **Lewit, J.**, Tabische Sehnervenatrophie bei hereditärer Lues (Berlin). — **Meyer, R.**, Über Rekurrenslähmung im Kindesalter (Leipzig). — **Schabort, J. P.**, Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit (Heidelberg). — **Schitomirsky, J.**, Beitrag zur Behandlung der Pylorusverengung im Säuglingsalter durch künstliche Ernährung (Berlin). — **Schubert, C.**, Ein Fall von hysterischer Aphasie im Kindesalter (Kiel). — **Singer, A.**, Unsere bisherige Kenntnis der angeborenen Haarlosigkeit des Menschen, nebst einem neuen Beitrage (Erlangen). — **Vogel, F.**, Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten von Xerosebazillen im Glaskörper von Kaninchen, — bei gegen Diphtheric immunisierten und nicht immunisierten Tieren (Freiburg). — **Voigt, A.**, Die Milchsterilisierung in ihrer gesundheitlichen und praktischen Ausführung (Leipzig).

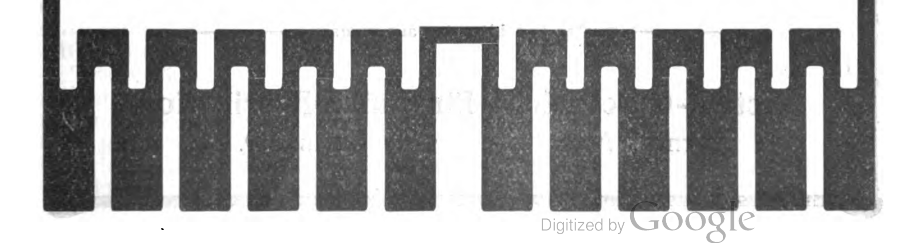
V. Monats-Chronik.

Heidelberg. **Gestorben:** Prof. Dr. Vierordt.

Nizza. Die Behörden haben **Gesundheitszeugnisse** für **Schulkinder** eingeführt, in denen alles auf das körperliche und geistige Befinden der Kinder Bezügliche während der Schulzeit eingetragen wird, um die ständige schulärztliche Überwachung zu erleichtern.

Paris. Dr. Darier besucht in ministeriellem Auftrage Deutschland zum Studium der Einrichtung der Augenhygiene in den Schulen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.





Acidol

Wohlschmeckender Ersatz für Salzsäure, in fester Form. 1 Pastille à 1/2 g Acidol = 4—5 Tropfen Acid. hydrochlor. pur. = 10 Tropfen Acid. hydrochlor. dilut. Dosis: 1—2 Pastillen in Wasser gelöst mehrmals täglich nach den Mahlzeiten. Röhrchen à 10 Pastillen à 1/2 g Acidol. Kartons à 50 Pastillen à 1/2 g Acidol.

Bromlecithin „Agfa"

Ein in seiner Wirkung erheblich verstärktes Lecithin. Ersatz für Eisenpräparate bei Blutarmut. Dosis: 3mal täglich 2 Pillen. Gläser à 50 und 100 Pillen à 0,1 Gramm Bromlecithin.

Muster und Literatur auf Wunsch.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abtg. Berlin S.O. 36.

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,
Friedenau-Berlin.

XI. Jahrgang. Dezember 1906. Nr. 12.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Therapeutische Notizen. — V. Monats-Chronik



Centralblatt für Kinderheilkunde.
Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

XI. Jahrgang. 1. Dezember 1906. No. 12.

I. Originalbeiträge.

Die Ernährung mit „Holländischer Säuglingsnahrung“, einem Buttermilchgemisch — Buttermilchkonserve.

Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein Frankfurt a. M.

Von

Dr. **Alb. Feuchtwanger** (Frankfurt a. M.).

Jetzt einen Vortrag über Buttermilch zu halten, dürfte für den Kenner der ganz außergewöhnlich großen Literatur über diesen Gegenstand müßig erscheinen. Existieren doch ausführliche, gründliche Arbeiten von Ballot, de Jager, Teixeira, de Mattos, Salge, Caro, Baginsky, Rendsburg, Brüning, de Rothschild, Arrago, Hutinel, Kobrak, Rommel, Selter, Sperk, Köppe, Gernsheim, Finkelstein, Graanboom und vielen anderen. Erst vor einigen Wochen hat H. Köppe in Gießen eine sehr interessante lesenswerte Studie über diese Buttermilch im Jahrbuch für Kinderheilkunde veröffentlicht. Und trotzdem erscheint es mir wichtig und nötig, an der Hand eines größeren Materials ein zusammenfassendes Urteil zu gewinnen. Ich möchte Ihnen über meine Erfahrungen mit einer Buttermilchkonserve berichten, die in Vilbel von Staudt & Co. hergestellt wird und im Laboratorium von Köppe in Gießen beaufsichtigt und kontrolliert wird. Ich habe deshalb zu einer Konserve der Buttermilch meine Zuflucht genommen — der Not gehorchend, nicht dem eigenen Triebe —, weil ich mit gewöhnlicher Buttermilch, die ich von anderer Seite hier besorgte, schlechte Erfahrungen machte. Die Buttermilch hätte sich längst mehr eingebürgert, wenn nicht, wie dies auch verschiedene Autoren berichten, die Qualität der Buttermilch eine schlechte gewesen wäre. Deshalb machte ich Versuche mit einem in seiner Zusammensetzung konstanten Präparat, dessen Güte mir die nötige Garantie bot. Wie Sie wissen, kann ja die Buttermilch auf verschiedenste Weise hergestellt werden. Die einen stellen sie aus von selbst sauer gewordenem Rahm her, die zweiten versetzen gesäuerten Rahm mit Milchsäurebazillenreinkultur, mit dem sog. Säurewecker, die dritten gewinnen die Buttermilch aus spontan sauer gewordener Vollmilch, die vierten aus gesäuerter Magermilch, „Fermentmilch“, die mit Säureweckern versetzt ist, die fünften aus süßer Magermilch. Unsere Vilbelsche Buttermilchkonserve, unsere holländische

Säuglingsnahrung (H.S.) wird nach der Ballotschen und Heubner-Salgeschen Vorschrift hergestellt:

Sie wird aus saurem Rahm, der mit Milchsäurebazillenreinkultur versetzt ist, hergestellt und durch Butterung wird das Fett zum größten Teile entfernt. 1 Liter Buttermilch werden 60 g Zucker und 15 g Weizenmehl zugesetzt. Sie wird trinkfertig in $^1/_4$ Literflaschen abgegeben. Der Geschmack ist säuerlich-süß. Man muß also die Mütter immer aufmerksam machen, daß der saure Geschmack nicht auf verdorbene Milch hindeutet, sondern daß eine Buttermilch sauer schmecken muß. Die H.S. enthält ca. 2,5 % Eiweiß, 0,5 % Fett und 3,5 % Zucker. Es ist also die H.S. eine fettarme, aber eiweiß- und kohlehydratreiche Nahrung.

Die Azidität beträgt 7 ccm $^1/_1$ norm. NaOH auf 100 ccm Buttermilch. Die trinkfertige H.S. teilt sich beim Stehen in den Flaschen in zwei Schichten: oben eine grünlich opaleszierende Schicht, die Molke, unten eine weiße, undurchsichtige Schicht, welche das Mehl und das Kasein enthält.

H. Köppe in Gießen hat auf eine interessante Erscheinung aufmerksam gemacht. Die deutlich grünliche Färbung der Buttermilchmolke wird, wenn wir die Flaschen dem Licht aussetzen, weiß. Beim Liegen in Kisten oder im Keller wird die Molke wieder grünlich. Man kann dieses Farbenspiel öfters wiederholen. Die Indikationen, die sich nach meiner und der Autoren Erfahrung für die Ernährung mit H.S. ergeben, sind folgende: Es muß in Übereinstimmung mit vielen Autoren zuerst ausdrücklich betont werden, daß akute Magendarmstörungen, Brechdurchfälle, absolut von der H.S. auszuschließen sind. Als ich noch vor wenigen Jahren die Buttermilch auch bei akuten Magendarmaffektionen empfahl, erlebte ich ganz erhebliche Verschlechterungen. Ein großer Vorteil ist uns aber bei der Behandlung der akuten Magendarmstörungen trotzdem in der H.S. erwachsen. Wir können nach der strengen Wasserdiät der ersten 48 Stunden bälder mit der H.S. beginnen, als wir dies früher mit Zufügung der Kuhmilch tun konnten. Die Kinder kommen durch die baldige Einschaltung dieser kalorienreichen Nahrung nicht so sehr herunter, wie bei dem früher üblichen Einschleichen der geringen Milchdosen zu den Schleimabkochungen. Das scheint mir ein nicht zu gering einzuschätzender Vorteil der H.S. zu sein.

Daß wir natürlich nach wie vor nicht nur bei akuten Magendarmstörungen, sondern überhaupt für die natürliche Mutterbrusternährung mit aller Energie eintreten, versteht sich von selbst. Die „arteigene" Muttermilch kann durch keine „artfremde" aus Kuhmilch hergestellte Säuglingsnahrung ersetzt werden. Der von Schloßmann geprägte Ausdruck von unnatürlicher Aufzucht im Gegensatz zur natürlichen Brusternährung trifft nach den modernen biologischen Studien den Nagel auf den Kopf.

Hinsichtlich der weiteren Indikationsstellung der Ernährung der Säuglinge mit H.S. ist es nötig, Ihnen einen kurzen Abriß eines modernen Einteilungsprinzips der Magendarmstörungen zu entwickeln. Nach Biederts Vorgang teilt auch Fischl im neuen Pfaundler-

Schloßmannschen Handbuch der Kinderheilkunde die Ernährungsstörungen bei unnatürlicher Aufzucht in folgende Abteilungen ein:

1. Störungen durch Überfütterung.
2. Störungen durch Nahrungsmangel.
3. Störungen durch mangelhafte Ausnützung der Nahrung (als Ganzes oder in einzelnen Bestandteilen, Konstituanten).
4. Störungen durch Infektion der Nahrung.

Uns interessiert hier nur die dritte Abteilung: Die Störungen durch mangelhafte Ausnützung der Nahrung. Wir sprechen von Magendarmstörungen: a) durch eine Kohlehydratinsuffizienz, b) durch eine Fettinsuffizienz, durch eine mangelhafte Ausnützung des Fettes und c) durch Unverträglichkeit der Kuhmilch, ohne daß bis jetzt eine Einigung erzielt ist, welcher Bestandteil der Milch (exklusive Fett) für diese Schädigung verantwortlich gemacht werden muß.

Die H.S. ist, wie ich oben auseinandergesetzt habe, eine fettarme (0,5 %), aber eiweiß- (2,5 %) und kohlehydrat (3,5 %) reiche Nahrung. Es ist also die H.S. indiziert 1. bei mangelhafter Ausnützung des Fettes bei Fettinsuffizienz, und 2. nach meiner praktischen Erfahrung bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch.

Wie ist nun eine Fettinsuffizienz, eine mangelhafte Ausnützung des Fettes zu diagnostizieren? Durch eine genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Fäzes nach dem Vorgange von Biedert und Selter. Bei der Biedertschen Fettdiarrhöe, die Biedert schon vor 12 Jahren beschrieben hat, besteht folgender Stuhlbefund: Häufige dünnflüssige, gelbgrüne Fäzes, von seifigem Glanze, stark saurer Reaktion, Geruch nach saurem Rahm oder ranziger Butter und mikroskopisch: Fetttropfen, Fettlachen und Fettnadeln. Aber aus dem Fäzesbilde allein darf man keine Schlüsse machen. Bei der Fettinsuffizienz sieht man die schwersten Intoxikationserscheinungen. Das Bild ist Ihnen ja allen bekannt: tiefliegende Augen, krampfartige Zuckungen, Jaktation, dann komatöser Zustand. Da feiert die H.S. oft, wenn auch nicht immer, ihre Triumphe nach einer mehrtägigen Entziehungskur.

Die Diagnose der Kuhmilchstörungen, für die wir einen bestimmten Bestandteil der Milch (exklusive Fett) bis jetzt noch nicht feststellen können, ergibt sich aus dem schlechten Allgemeinbefinden und der Fäzesuntersuchung: Dünne, braungelbe Brühe, stark alkalische Reaktion, faulig stinkiger Geruch, oft aashafter, jauchiger Gestank nach Fischen oder faulendem Käse, mikroskopisch nichts Besonderes zu finden. Auf den diagnostischen Wert der Gerüche der Fäzes hat besonders Selter mit Nachdruck hingewiesen. Unter diese Rubrik gehören auch die Fälle von Schloßmann und Finkelstein, allerdings Ausnahmekinder, bei denen rohe und gekochte Kuhmilch wie ein Gift wirkt. Ich habe ein Kind in der Privatpraxis 15 Monate behandelt, das, so oft es nur ganz geringe Dosen von Kuhmilch bekam, unter den Erscheinungen einer schweren Ernährungsstörung lebensgefährlich erkrankte. Auch hier hat mir die H.S. sehr gute Dienste geleistet.

Ich weiß nun sehr wohl, daß der diagnostische Wert der Fäzesuntersuchungen nach dem Vorgang von Biedert-Selter von der Breslauer und Berliner Schule sehr geringschätzig behandelt wird. Finkelstein spricht sogar von dem seichten Fahrwasser der Koprologie, Salge macht Selter den unberechtigten Vorwurf, daß er aus der Fäzesuntersuchung allein die Insuffizienzen diagnostizieren will, während die Biedertsche Schule immer und immer wieder eine genaue gründliche Untersuchung mit allen anderen alten und modernen Methoden fordert. Czerny und Keller, Heubner usw. legen den Hauptwert auf eine klinische genaue Untersuchung des intermediären Stoffwechsels. So enorm große Verdienste sich die Breslauer und Berliner Schule um die Stoffwechselvorgänge erworben haben, der Praktiker in der Sprechstunde und am Krankenbette muß aber auf die klinischen Stoffwechsel- und Energiebilanzversuche verzichten, wohl aber hat gleich vielen Praktikern auch mir die regelmäßige, genaue Fäzesuntersuchung kombiniert mit der Gewichtsbestimmung, der genauen Inspektion und Auskultation und Perkussion unschätzbare Direktiven für mein praktisches Handeln gegeben. Wenn Langstein, der sich durch seine Arbeiten über Stoffwechselpathologie große Verdienste erworben hat, nur den Stoffwechselversuch gelten läßt und vom mikroskopischen Bild der Fäzes als von einer minderwertigen Momentphotographie spricht, so möchte ich ihm die Frage vorlegen, ob nicht z. B. die Eiweißausscheidung im Reagenzglas bei Nephritis auch eine Momentphotographie ist? Dadurch, daß wir jederzeit eine solche Momentphotographie herstellen können, können wir durch Häufung von Momentbildern ein deutliches kinematographisches Bild entwickeln.

Nach dieser Abschweifung kehren wir zur H.S. zurück. Also die H.S. ist indiziert

1. bei Fettinsuffizienz,
2. bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch (besonders bei Kindern, die absolut keine Milch vertragen).

Wahre Triumphe feiert die H.S. bei der Atrophie ohne akute Magendarmstörungen. Ich habe in meiner Poliklinik ganz elende Kinder mit greisenhaftem Gesichtsausdruck, stehenden Hautfalten, Fehlen des Fettpolsters große Gewichtszunahmen erreichen sehen. Allerdings war der Heubnersche Energiequotient ein sehr hoher. Auf die Wichtigkeit der Kalorienberechnung komme ich später noch zu sprechen. Die Aufzählung von Krankengeschichten würde zu weit führen.

Wegen des hohen Kaloriengehalts ist die Buttermilch auch bei Frühgeburten, denen die Mutterbrust nicht zu verschaffen ist, indiziert. So hat auch Finkelstein jüngst die Buttermilch mit Nährzuckerzusatz bei künstlicher Ernährung der Frühgeburten empfohlen. Einen weiteren Erfolg habe ich bei manchen subakuten und chronischen Darmstörungen mit der H.S. erzielt. Mißerfolge hatte ich nur da, wo es sich um Insuffizienz der Kohlehydrate handelte. Es sind dies die Zustände, die Czerny-Keller mit dem bezeichnenden Namen „Mehlnährschäden“ benennen. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich lange recht gut, aber die dünnen, sauer reagierenden, sauer oft nach

Essigsäure riechenden Fäzes enthalten, mit Lugolscher Lösung gefärbt, zahlreiche blaue unverdaute Stärkereste und zahlreiche jodophile Stäbchen und Bakterien, die Nothnagel mit dem Namen Clostridien bezeichnet hat. Manches Mal hatte ich trotzdem noch Erfolg, wenn ich aus der H.S. das Mehl entfernte (wie Sie sich erinnern, enthält ja H.S. in 1 Liter 15 g Weizenmehl). Auf meine Veranlassung hin hat die Vilbeler Anstalt eine II. Sorte ohne Mehl hergestellt, die allerdings einen noch sehr hohen Zuckergehalt hat. Bei Kohlehydratstörungen setzte ich dieser H.S. II mehrere Male einen Teelöffel sterilisierten Rahm zu und bin zuweilen mit den Erfolgen zufrieden gewesen. Die Vilbeler Anstalt ist jetzt mit Versuchen beschäftigt, eine H.S. ohne Mehl mit nur 3 % Zucker herzustellen. Es wird dann mit dieser H.S. III die Indikationsstellung vielleicht auch auf die Kohlehydratinsuffizienz ausgedehnt werden können.

Einen weiteren Erfolg sah ich bei ausgebreiteten Ekzemen. Ich habe einen Fall in Erinnerung, wo bei Kuhmilch mit Muffler fortwährend intertriginöse Ekzeme nicht nur am Anus, sondern auch am Halse und in den Ellenbogenbeugen auftraten, wo die H.S. bald Besserung brachte. Bekanntlich haben ja Franzosen den Zusammenhang zwischen Ernährung und Ekzem behauptet. Sehr gute Dienste hat mir das H.S. beim Allaitement mixte getan. Ich kann nun allerdings Köppe nicht beipflichten, wenn er die H.S. schon neugeborenen Kindern gibt und sie größtenteils gut gedeihen sieht. Ich glaube, trotz der Arbeit von Carstens aus der Heubnerschen Klinik, der angibt, daß magendarmkranke Säuglinge die Mehle gut vertragen können, nach meinen Erfahrungen nicht, daß H.S. Neugeborenen ausnahmslos gut bekömmlich ist. Aber bei natürlicher Ernährung an der Brust, nachdem der Säuglingsdarm schon einige Wochen durch die Muttermilch widerstandsfähig gemacht worden ist, und die Brüste spärlicher zu fließen beginnen, vertragen die Säuglinge die H.S. sehr gut. Die unbegrenzte Haltbarkeit der H.S. ermöglichte es mir, dieselbe in großen Kisten in die Sommerfrische mitzugeben, und ich bin in drei Fällen meiner Privatpraxis sehr zufrieden damit gewesen.

Eine weitere interessante Frage ist die: Macht längere Anwendung von H.S. Rachitis? Salge hat dies bejaht. Ich habe diesen Eindruck nicht gewinnen können. Sehr erfreut war ich, als ich in einem der letzten Hefte des Jahrbuchs für Kinderheilkunde eine Arbeit aus dem Selterschen Säuglingsheim las, die zum gleichen Resultate wie meine Erfahrung kam und die Buttermilch nicht für die Rachitis befördernd hinstellte und sich scharf gegen die Salgesche Hypothese wandte. Auch Köppe berichtet über einen günstigen Einfluß auf bestehende Rachitis. Ich selbst habe vor einigen Tagen ein 6monatliches Kind gesehen, das seit dem zehnten Tage H.S. bekommen hat. Es fehlt bei diesem Säugling jede Spur von Rachitis.

Einen großen Nachteil sollen die Konserven, die sterilisierten Dauerpräparate haben, zu denen ja auch die H.S. gehört, weil sie Barlowsche Krankheit hervorrufen können. Manche Fälle von Barlow, dem Säuglings- oder Kinderskorbut, wie ihn jetzt die meisten Autoren nennen, sollen durch kondensierte Nahrung in Büchsen (z. B. der Riethschen Albumosenmilch), der Gärtnerschen Fettmilch oder

der Backhausschen Milch entstehen. Der therapeutische Erfolg der rohen Kuhmilch und der Fruchtsäfte spricht ja für diese Annahme. Trotz vieler Umfragen habe ich aber von unserer H.S. nichts Nachteiliges, was den Säuglingsskorbut betrifft, in Erfahrung bringen können.

Und nun noch einige wenige Worte über die Kalorienberechnung der H.S. nach Heubner. Wie Sie ja alle wissen, hat Heubner den Energiequotienten einen Bruch genannt, dessen Zähler Kalorienzufuhr und dessen Nenner Körpergewicht ist. Also $EQ = \frac{\text{Kalorien-}}{\text{gewicht}}$ Um nun die Kinder mit H.S. nicht zu überfüttern, ein Umstand, der ja für die Entstehung der Magendarmstörungen und der oben erwähnten Rachitis ausschlaggebend ist, so muß man den EQ für die H.S. kennen lernen. Die H.S. wird nach dem Salgeschen Rezept hergestellt. Im Rubnerschen Laboratorium wurde der Kalorienwert eines Liters Buttermilchgemisch auf 714 Kalorien ermittelt. Nun legte ich immer als Durchschnittsnährwert 700 Kalorien zugrunde. Also während 1 Liter Frauenmilch nach Rubner 680, 1 Liter Kuhmilch 650 Kalorien hat, wird der Kalorienwert der H.S. zu 700 berechnet. Köppe hat nun gefunden, und ich schließe mich ihm völlig an, daß der EQ bei der H.S. ca. 110—120 ist, also daß ein Säugling pro Kilo Körpergewicht 110—120 Kalorien haben muß. Und da komme ich wieder auf die wichtige Frage der Überfütterung. Manche Rachitis wurde früher der Buttermilch zugeschrieben, in Wirklichkeit war aber die Überfütterung schuld. Hat man doch früher die Säuglinge die Buttermilch ad libitum trinken lassen. Kein Wunder, wenn dann Rachitis sich einstellte! Durch Einführung der kalorimetrischen Berechnung kann man die Nahrungsmenge nach dem Gewicht berechnen. Nicht das Alter, sondern das Gewicht ist für die Menge der Säuglingsnahrung maßgebend. Ein 5monatlicher Säugling mit 7000 g braucht mehr als ein 6monatlicher mit nur 6000 g. Also nicht das Alter, sondern das Gewicht ist maßgebend.

Allerdings kann man ja gegen diese kalorimetrischen Berechnungen den Einwand erheben, daß die einzelnen Nährstoffe, trotzdem sie isodynam sind, sich doch nicht immer vertreten können. Man könnte sagen: Der Säuglingsmagen ist für Fett nicht so geeignet, so daß Fett die leichter assimilierbaren Kohlehydrate nicht isodynamisch vertreten könnte. Ich halte aber diesen Einwurf für nicht stichhaltig, weil in der Tat mancher Säuglingsdarm mehr für Fett, mancher mehr für Kohlehydrate suffizient ist. Ich bin also der Überzeugung, daß diese zwei Stoffe sehr wohl einander vertreten können. Ich stehe also ganz auf Seite von Köppe, der seine Ausführungen mit den Worten schließt: „Für mich ist nach meinen Erfahrungen der Heubnersche Energiequotient ein unentbehrliches Hilfsmittel bei meinen Verordnungen geworden.“

Wenn ich kurz zum Schlusse resümieren soll, so halte ich die H.S. kontraindiziert bei den akuten Magendarmstörungen. Sehr wertvoll halte ich sie

1. bei Fettinsuffizienz,
2. bei Kuhmilchinsuffizienz,

3. bei der Atrophie,
4. bei Frühgeburten,
5. bei subakuten und chronischen Magendarmstörungen (wenn es sich nicht um Kohlehydratinsuffizienz handelt),
6. bei ausgebreiteten Ekzemen,
7. bei Rachitis.

II. Referate.

L. Moll, Weitere Mitteilung über die Verwendung der alkalisierten Buttermilch als Säuglingsnahrung und über die Dauerpräparate der alkalisierten Buttermilch. (Aus der Kinderklinik in der Landesfindelanstalt in Prag.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.) M. empfiehlt seine alkalisierte Buttermilch, welche sich bewährt hat

1. als Beinahrung bei gesunden Brustkindern wegen Insuffizienz der Mutter;
2. als ausschließliches Nährmittel für gesunde Kinder, deren Verdauungsvermögen von allem Anfange an ein gutes war oder vorher durch unzweckmäßige Ernährung gelitten hatte;
3. als ausschließliches Nährmittel für frühgeborene, lebensschwache Kinder;
4. als Beinahrung neben Brust, oder als ausschließliche Nahrung bei atrophischen, durch chronische Darmerkrankungen herabgekommenen Kindern;
5. als Diätetikum bei subakuten oder chronischen, hartnäckigen Dyspepsien, namentlich bei jenen, welche mit schlechter Fettverdauung einhergehen.

Die Einfachheit der Zubereitung und ihre Billigkeit erleichtern die praktische Anwendung dieser Buttermilch, so daß dieselbe auch den armen Volksschichten leicht zugänglich ist.

Die alkalisierte Buttermilch wird auch in kondensierter Form dargestellt, und die Resultate mit dieser Buttermilchkonserve entsprechen den mit der frisch zubereiteten gewonnenen, so daß hier die gleichen Indikationen Geltung haben. Ferner wird das Präparat in Pulverform in den Handel gebracht und hat sich auch so gut bewährt.

Grätzer.

Gerasimowicz, Die Anwendung der Buttermilch in der Kinderpraxis. (Russky Wracz. 1906. Nr. 19 u. 20.) In Bestätigung der von anderen Forschern erzielten ausgezeichneten Resultate bei Anwendung von Buttermilch als Nährmittel bei gesunden und darmkranken Säuglingen, berichtet Verf. über seine eigenen diesbezüglichen Erfahrungen. Die Anwendungsart war die gewöhnliche: Auf 1 Liter Buttermilch kam ein Löffel (15—20 g) Reismehl, 50—80 g gestoßenen Zuckers; dieses Gemenge wurde durch 16—20 Minuten unter stetem Umrühren gekocht. Die damit errungenen vorzüglichen Ernährungsresultate leitet Verf. auf die Veränderungen des Eiweißes zurück,

welches in der Buttermilch in einer fein verteilten Form vorhanden ist. Angewandt wurde die Buttermilch bei darmkranken Kindern, bei verschiedenartigsten atrophischen Zuständen, als Zugabe zur ungenügenden Muttermilchernährung, schließlich dort, wo Kinder trotz guter Verdauung an Gewicht nicht zunahmen. In allen diesen Zuständen erhielt Verf. gute Erfolge. Besonders in den ersten Tagen nahmen die Kinder stark an Gewicht zu (im Laufe von 3 Tagen 250—300 g), die Stühle erfolgten regelmäßig 1—2mal am Tage. Das beigegebene Stärkemehl hat keinerlei nachteilige Folgen für die Verdauung unter 3 Monate alter Säuglinge gehabt, wahrscheinlich dadurch, daß selbiges schon bei 62° in Dextrin übergeht. Der einzige Nachteil ist der, daß nach Buttermilchernährung die Kinder eine andere Ernährungsart schwerer vertragen, scheinbar weil die ersterwähnte Art bedeutend weniger Verdauungsenergie verlangt.

Gabel (Lemberg).

Karl Brehmer, Über die Indikation der Buttermilchernährung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Nach einer Übersicht über die zum Teil sich sehr widersprechenden Indikationen, wie sie von den verschiedenen Autoren gegeben wurden, normiert B. noch einmal die schon von Rendsburg gegebenen Indikationen: große Empfindlichkeit gegen Eiweiß, und zwar wenn sie so groß ist, daß die gewöhnliche Methode, das Kuheiweiß leichter verdaulich zu machen, nicht zum Ziele führt; Empfindlichkeit gegen Fett; Empfindlichkeit gegen Mehle.

Hecker.

Karl Brehmer, Über die Störungen bei der Buttermilchernährung. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 6.) Am häufigsten werden Eiweißstörungen beobachtet. Bei ihnen sind die Darmentleerungen zuerst meist mörtelartig bröcklig, werden allmählich oder plötzlich schmierig, schleimig, stinkend, stark alkalisch reagierend, bis sie sich immer mehr verflüssigen, immer zahlreicher werden. Derartige Entleerungen, besonders zur heißen Jahreszeit, fordern bei schneller Verschlechterung des Allgemeinbefindens das ultimum refugium, die Brustnahrung.

Die auf mangelhafter Erledigung von Fett- oder Kohlehydraten beruhenden Störungen sind, wie erwähnt, selten. Sie sind in den meisten Fällen die Folge von Zusätzen dieser Nährstoffe, sind dann aber eben nicht verursacht durch schlechte Verarbeitung der Buttermilch, sondern auf Rechnung dieser Zusätze zu nehmen.

Hecker.

R. Glaessner, Zur Buttermilchernährungsfrage. (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 40 u. 41.) G. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgendem Resumé:

Die Buttermilch als Heildiätetikum ist noch immer ein inkonstanter Begriff, und es müßte eine allgemeine öffentliche Milchkontrolle auch auf diese Nahrung ausgedehnt werden, wenn sie zu der wahren Bedeutung, die ihr zukommt, gelangen soll. (Die Fabrikation von Konserven ändert daran nichts.)

Bei jeder gebutterten Milch scheinen Fett und Eiweißstoffe auch bei sehr inkonstanten Produkten in einer jedenfalls nicht ungünstigen

Weise für die Verdauung kranker Säuglinge zur Wirkung gelangen zu können.

Die großen Kohlehydratmengen der Buttermilch jedoch schädigen, wie jeder anderen Milchmischung zugesetzt, den Organismus und führen auch zu Katastrophen, die mit dem geringsten höheren Fettgehalt der Buttermilch dann in ursächlichen Zusammenhang zu bringen sind. Ihr Zusatz muß sich immer nach individuellen Indikationen richten.

Wir haben bei der Buttermilchernährung gute und schlechte Erfolge gesehen; das theoretische „Warum“ nicht mit Sicherheit zu entscheiden, nur es fördern zu helfen, war der Zweck der vorliegenden Arbeit.

Grätzer.

Max Cantrowitz, Ist Mehlzusatz zur Buttermilch notwendig? (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Mehlzusatz zur Buttermilch ist nicht unbedingt erforderlich, kann sogar zu Störungen Anlaß geben. Eine schlechtere Verdaulichkeit der mehlfreien im Gegensatz zur mehlhaltigen Buttermilch besteht nicht. Zur Vermeidung des klumpigen Gerinnens der mehlfreien Buttermilch erhitze man letztere besonders im Anfang langsam auf gelindem Feuer unter beständigem Umrühren. Je nach der Art der voraufgegangenen Darmstörung hat man nach Reparierung derselben durch Buttermilch die Wahl eines etwaigen Mehl- oder Fettzusatzes in der Hand.

Hecker.

Max Cantrowitz, Macht Buttermilch Rachitis? (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Die Erfahrungen im Selterschen Säuglingsheim in Haan bei Solingen sprechen nicht für eine die Rachitis hervorrufende oder auch nur begünstigende Wirkung der Buttermilch, richtige Anwendung, d. h. allmählichen Rahm- oder Milchzusatz voraussetzt. Natürlich kann sich, wie unter jeder anderen Ernährungsweise, auch unter der Buttermilchkost Rachitis entwickeln.

Hecker.

Dingwall-Fordyce, Rachitis in Beziehung zur Laktationsdauer. (British med. Journal. 28. April 1906. Bd. 1.) Unter 200 Kindern fand Verf. 116mal Rachitis, darunter waren 90 Brustkinder mit 45 Rachitikern. Bei genauer Prüfung der Familiengeschichten ergab sich für die erstgeborenen Brustkinder ein Prozentsatz von 25 mit Rachitis, für die zweitgeborenen ein solcher von 41, für die drittgeborenen ein solcher von 58, und für die noch später geborenen Brustkinder sogar ein Prozentsatz von 65 mit Rachitis. Dagegen ergab sich Verf. bei Flaschenkindern das Verhältnis der Rachitischen zu den Nichtrachitischen als nahezu gleich, ob sie nun Erst-, Zweit- oder Spätergeborene waren. Eine Untersuchung der Mütter der rachitischen Brustkinder ergab, daß die Mütter derselben meist Stauungen während der Laktation durchgemacht haben. Zu diesen Stauungen rechnet Verf. neuerliche Schwangerschaft, zu langes Stillen oder zu schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaft und Laktationsperiode. Es müßten nun, wenn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Rachitis und Laktationsstörungen angenommen werden dürfte, erst noch Veränderungen der Zusammensetzung der Mutter-

milch erwiesen werden. In diesen hätte man den Ursprung der Rachitis bei Brustkindern zu suchen. Über diesen Punkt kann Verf. keine eigenen Erfahrungen vorbringen. H. Netter (Pforzheim).

A. Dingwall-Fordyce, Hyperlaktation. (British Journal of Childrens diseases. Juli 1906.) Unter Hyperlaktation versteht D.-F. das über 12 Monate ausgedehnte Stillen eines Kindes. Daß diese Grenze unter keinen Umständen überschritten werden dürfte, will Verf. nicht behaupten: vorausgesetzt, daß die Mutter gesund ist, schadet es nichts, wenn sie ihr schwaches Kind länger stillt. Aber die Fälle, in denen längeres Stillen ratsam ist, hält Verf. für unendlich selten. Sehr oft hat das überlange Stillen seinen Ursprung in dem falschen Glauben an die Unmöglichkeit neuer Schwangerschaft während dieser Periode. Und meist wird das Kind gar nicht ausschließlich an der Brust ernährt, bekommt vielmehr oft recht ungeeignete Kost nebenbei. Von 645 Kindern wurden 226 (35 $^0/_0$) künstlich ernährt oder bekamen die Brust weniger als 6 Monate, 280 (43 $^0/_0$) bekamen 6—12 Monate die Brust, eine gänzliche oder teilweise Hyperlaktation lag in 139 Fällen (22 $^0/_0$) vor. Die Gefahren einer Hyperlaktation können dreifache sein und Mutter, Säugling und die späteren Kinder behaften. Ein wenn auch nur teilweises, aber über 12 Monate ausgedehntes Stillen bedeutet für die Mutter eine schwere körperliche Anstrengung, besonders bei der unter den ärmlichen Klassen der Großstadt vorauszusetzenden ungenügenden Ernährung. Bei einer früheren Gelegenheit hat Verf. gezeigt, daß bei 24 $^0/_0$ der Mütter dieser Klasse Laktation und neue Schwangerschaft zusammenfallen, und infolgedessen war die Mutter bei der Geburt eines neuen Kindes unfähig zum Stillen oder die Milch minderwertig. Ausschließliche Brustnahrung ist ungenügend für Kinder im zweiten Lebensjahr. Sie werden stets Zeichen einer mangelhaften Entwickelung aufweisen. In dem festen Glauben, daß ein solches Kind gut versorgt sei, legt die Mutter der Beinahrung leider nur wenig Wert bei. Eine neue Schwangerschaft bringt wohl auch Gefahren für den Fötus und vermag einen ungünstigen Einfluß auf die Lebenschancen späterer Kinder auszuüben. Verf. verwirft demzufolge die Hyperlaktation. H. Netter (Pforzheim).

Barlerin, Der galaktogene Wert der Baumwollsamen. (Clinique infantile. April 1906.) Verf. gibt der Académie de méd. Mitteilung von dem Resultat seiner an 58 Fällen angestellten Versuche, die er mit einem Extrakt von Baumwollsamen angestellt hat. Er will damit einen günstigen Effekt bezüglich der Qualität der Milch, namentlich hinsichtlich ihres Fett- und Eiweißgehaltes erzielt haben, indem der erstere um 50 $^0/_0$, der letztere um 48 $^0/_0$ stieg. Da ein Exzeß dieser Bestandteile zu Magen- und Darmstörungen führen kann, so ist der unter dieser Methode zu erzielende Effekt sorgfältig zu überwachen. H. Netter (Pforzheim).

G. B. Burzagli, Der galaktogene Wert der Anissamen. (La Pediatria. April 1906.) B. verschreibt ein 25 $^0/_0$ iges Anisinfus, von welchem in 24 Stunden 12 Löffel voll zu nehmen und von welchem

außerdem 4—5 damit getränkte Kompressen auf die Brust appliziert werden. Er hat am zehnten Tage die damit behandelten Mütter das Stillen wieder aufnehmen und 10—11 Monate fortsetzen gesehen, nachdem bis 10 Tage eine künstliche Ernährung stattgefunden hatte. In anderen Fällen, wo die Milchsekretion von Anfang an spärlich gewesen und dann völlig sistiert hatte, sah er bei Verwendung eines 30 %igen Infuses in Dosen von 18—20 Löffel während 24 Stunden nach 5 Tagen eine reichliche Milchsekretion einsetzen.

H. Netter (Pforzheim).

H. Rosenhaupt, Eine neue Merktafel für Mütter. (Aus der Säuglingspoliklinik und Beratungsstelle für Säuglingsernährung in Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 31.) Die neue Merktafel zeichnet sich zunächst durch gefällige äußere Form aus; sie ist mit einem Abreißkalender kombiniert und ein hübscher Zimmerschmuck.[1]) Die Regeln betonen vor allem das Stillen und vermeiden absichtlich jede detaillierte Vorschrift über künstliche Ernährung. Der Text der Merktafel lautet:

12 goldene Regeln für Mütter.

1. Stille Dein Kind selbst, es wird ihm von Nutzen sein sein Leben lang; jede Woche, jeder Tag den Du stillst, ist ihm ein Gewinn.

2. Stille Dein Kind selbst, denn Du bist dazu imstande, wenn Du es nur mit Geduld viele Tage versuchst. Hast Du nicht genug Milch, so höre nicht ganz mit dem Stillen auf, sondern gib die Flasche nebenbei.

3. Stille Dein Kind selbst und laß Dich nicht davon abhalten durch unverständige Reden Deiner Umgebung.

4. Stille Dein Kind selbst, denn Du schützest dadurch Deine Brust vor schwerer Erkrankung im späteren Alter.

5. Wenn Du Dein Kind stillst, iß und trink, was Dir schmeckt und bekommt; was Dir nicht schadet, schadet auch Deinem Kind nicht.

6. Wenn Du aber trotzdem Dein Kind unnatürlich, das ist künstlich mit der Flasche nähren mußt, so erkundige Dich beim Arzt über die Art der Ernährung.

7. Die Milch für das Kind sei frisch und rein und werde nach dem Abkochen sauber, kühl und verschlossen aufbewahrt.

8. Gib Deinem Kind nicht zu viel und nicht zu oft zu trinken, das ist gerade so schlimm, wie zu selten und zu wenig.

9. Wenn das Kind schreit, so wisse, daß das nicht immer Hunger bedeutet.

10. Lege Dein Kind so oft trocken, als es naß ist; wenn es wund wird, so ist es Deine Schuld.

11. Glaube nicht denen, die sagen, Dein Kind sei durch Zahnen krank; es gibt keine Krankheit, die vom Zahnen kommt,

[1]) Der Kalender mit Merktafel ist im Verlag von Hermann Mayer, Frankfurt a. M., Bleichstraße 22, erschienen.

das Kind kann nur **krank** sein während des Zahnens aus anderer Ursache.

12. Gehe daher immer rechtzeitig zum Arzt, daß er dieser Krankheit Heilung bringe. Grätzer.

K. Himmelheber, Über das Gedeihen der Brustkinder in Gebäranstalten und den Einfluß der Art des Anlegens. (Aus der Frauenklinik der Universität in Heidelberg.) (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 36.) Die Kinder, welche direkt an die Brust gelegt wurden, gediehen weit besser als die durch Warzenhütchen ernährten. Es wurden dabei weder Brustwarze noch Mundhöhle vor dem Trinken besonders gereinigt, dagegen wurde besonderer Wert gelegt auf gründliche Säuberung der Hände der Mutter, um andere Keime, namentlich die des Lochialflusses, vom Kinde fernzuhalten, ferner darauf, daß das Stillen nur unter Aufsicht der Pflegerinnen vollzogen wurde, die eventuell durch Wägungen vor und nach dem Trinken feststellen mußten, ob der Säugling die nötige Nahrungsmenge auch wirklich erhielt. Diese Maßnahmen sind sehr wichtig für das Gedeihen der Kinder. Die Hauptsache bleibt das Trinken direkt an der Brust, da das Warzchenhütchen dem Kinde die Nahrungsaufnahme sehr erschwert und den Stillakt unnötig verlängert. Auch macht sich der größere Reiz des Saugens an der Warze selbst in einer Vermehrung der Milchmenge bemerkbar. Grätzer.

Modigliano, Über den Einfluß der Ernährung auf die Zusammensetzung der Frauenmilch. (La Pediatria. November 1905.) Ein offener Brief an Prof. Vitale Tedeschi, bezugnehmend auf eine Äußerung, die dieser in der Vorrede zu der italienischen Übersetzung zu Bendix' „Lehrbuch der Kinderheilkunde" macht. M. führt Fälle an, in denen Diarrhöen der Säuglinge angeblich darauf zurückzuführen waren, daß — wie die Analyse ergab — der Prozentsatz an Fett zu hoch, der Gehalt an Kasein erheblich unter der Norm war und in denen er dadurch Heilung herbeiführte, daß er in der Nahrung der Mutter die Albuminoide vermehrte und die Fette und Kohlehydrate verminderte. Bei umgekehrtem Befund der Milch hat er eine entsprechend umgekehrte Diät verordnet. F.

Gennaro Gallo, Krioskopische Untersuchungen an Frauenmilch. (La Pediatria. 1905. Nr. 8.) Der $\triangle$ der Frauenmilch schwankt zwischen 0,55 und 0,70; das Mittel beträgt 0,61. Menstruation, Schwangerschaft, akute und chronische Krankheiten modifizieren den Gefrierpunkt der Frauenmilch nicht erheblich. Der praktische Wert der krioskopischen Untersuchung ist heute noch nicht absolut feststehend. F.

Hans Rietschel, Über den Reststickstoff der Frauenmilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Unter Rest- oder Extraktivstickstoff der Milch ist zu verstehen der Anteil des Stickstoffs der Milch, der sich aus der Differenz des Gesamtstickstoffs und des Proteinstickstoffs ergibt. Dieser Reststickstoff der Frauenmilch enthält nach R. keine oder nur ganz geringe Mengen von Ammoniak. Der weitaus größte Teil des Reststickstoffs (über 80 $^0/_0$

etwa) entfällt auf Harnstoff, dessen quantitativer Nachweis durch die Anwesenheit des Milchzuckers nicht möglich ist. Alle bisher gefundenen Werte sind daher als zu klein zu betrachten. Ein geringer Teil des Reststickstoffs namentlich bei Frühmilchen reagiert mit Naphthylisocyanat beim Schütteln, stellt also wahrscheinlich stickstoffhaltige Abbauprodukte des Eiweißes dar. Welcher Natur diese Körper sind, ob Aminosäuren, ob Peptoide im Sinne Emil Fischers, oder Peptoide im Sinne Hofmeisters, muß ganz offen gelassen werden. Quantitativ machen diese Substanzen, zumal einige Milchen stets frei davon befunden wurden, nur einen geringen Bruchteil des Reststickstoffs aus.

Hecker.

Walter Nebel, Über Säuglingsernährung mit gesäuerter Vollmilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 63. Heft 6.) Die primär mit Milchsäurebazillen, späterhin durch Überimpfung vorgenommene Säuerung dauert etwa 12 Stunden. Die Indikationen zur Verwendung dieser Milch waren im Säuglingsheim Haan bei Solingen:

1. Störungen der Kohlehydratverdauung; dabei stehen zur Verfügung einmal Buttermilch, 2. gesäuerte Magermilch und 3. gesäuerte Vollmilch. Bei allen dreien hat die Milchsäuregärung den Zuckergehalt erheblich verringert. Um eine höhere Kalorienzahl zu erreichen, muß man bei reiner Buttermilch und saurer Magermilch ohne Zucker- oder Mehlzusatz außerordentlich viel Eiweiß bei großer Menge Flüssigkeit zuführen. Bei gesäuerter Vollmilch aber hat man mit dem vorhandenen Fett reichlich Kalorien gedeckt. Als Geschmackskorigens wurde Saccharin benutzt.

2. Mäßige Störungen der Eiweißverdauung. Hierbei wird Zucker und bei älteren Säuglingen vom siebenten Monat an auch irgend ein Mehl oder Kindermehl zugesetzt und bei geringer Kalorienzahl und Karenzdiät die nötige Flüssigkeitsmenge mit Wasserzusatz erreicht. Auf diese Weise soll nach Belieben eine Nahrung hergestellt werden, die infolge der Ansäuerung ein leichter verdauliches Eiweiß enthält und bei gleichem Eiweiß und Zuckergehalt wie das Ramogen etwa die Hälftes seines Fettgehaltes aufweist.

3. Um Buttermilchkinder allmählich zur Vollmilch zurückzuführen.

Hecker.

A. Böhme, Ernährungsversuche mit Perhydrasemilch. (Aus der mediz. Klinik in Marburg.) (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.) Als Gesamtresultat der klinischen Prüfung ergab sich, daß die Perhydrasemilch für Kinder und Säuglinge (auch kränkliche) über $^1/_4$ Jahr eine geeignete Säuglingsernährung darstellt, die einer gekochten Milch bester Beschaffenheit mindestens ebenbürtig ist. Die größere Gewichtszunahme mancher Kinder und das Schwinden der Rachitis scheinen sogar für eine direkte Überlegenheit der Perhydrasemilch zu sprechen. Sobald es gelingt, die noch bestehenden technischen Schwierigkeiten zu beseitigen und die Herstellungskosten zu verringern, dürfte die Perhydrasemilch, die der bisherigen Marktmilch weit vorzuziehen ist, eine große praktische Bedeutung für die Milchversorgungsfrage gewinnen. — Eine spezifisch günstige Beeinflussung chronischer Verdauungsstörungen ließ sich nicht nachweisen. Ganz

junge, schwächliche Säuglinge vertragen anscheinend die Perhydrasemilch weniger gut als gekochte Milch; hier sind aber neue Beobachtungen noch erforderlich. Grätzer.

E. Brezina u. **E. Lazar,** Über die Ausnützung der Just-Hatmakerschen Trockenmilch. (Aus dem Hygien. Institut der Universität Wien.) (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.) Die Verff. haben Versuche angestellt, aus denen hervorgeht, daß das Präparat als Ersatz für frische Milch, wo solche nicht zu beschaffen ist, ganz wohl sich eignet, wenngleich die Ausnützung der Eiweißstoffe gegenüber frischer Milch in der Regel etwas herabgesetzt zu sein scheint. Grätzer.

Jos. Spaether, Ein Beitrag zur Frage der Säuglingsernährung in Arbeiterkreisen. (Aus dem Kinderambulatorium des Vereins „Säuglingsmilchküche“ in München.) (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 25.) S. liefert ein recht interessantes Bild der Ernährungsverhältnisse der Zeit vor und im Beginn der nunmehr in größerem Maßstabe erfolgenden Münchener Säuglingsfürsorgebestrebungen.

In Berücksichtigung der geschilderten Verhältnisse dürften in Zukunft die ärztlich geleiteten Milchküchen, die für billiges Geld trinkfertige Einzelportionen — aber nur auf Grund vorhergehender und kontrollierender ärztlicher Untersuchung — liefern, womöglich täglich direkt ins Haus, in dem Bestreben nach einer rationellen künstlichen Ernährung weiter Volkskreise eine Rolle zu spielen berufen sein. Die einfache Vorschrift, daß die Flaschen sofort kühl, entweder in Eis, in fließendes Wasser oder in den Keller gestellt werden sollen, daß die Flaschen vor dem Trinken in heißem Wasser anzuwärmen und die Verschlüsse mit den von der Milchküche gelieferten Saughütchen zu vertauschen sind, kann auch die beschäftigste Arbeiterfrau ausführen. Diese Form der Milchküchen dürfte auf die Dauer im Kampfe gegen große Säuglingssterblichkeit im Volke nicht zu entbehren sein. Grätzer.

Ed. Enderlein (Mannheim), Über Kindermilchversorgung und Milchküchen. (Ärztl. Mitt. aus u. für Baden. 1906. Nr. 10 u. 11.) Die gesamte Milchversorgung ist zwar einer durchgreifenden Reform bedürftig; eine solche ist aber mit so erheblichen Schwierigkeiten verbunden, daß sie in absehbarer Zeit nicht möglich erscheint; es empfiehlt sich deshalb, zunächst für die Beschaffung einer einwandfreien, billigen Milch Sorge zu tragen. Die Hauptgrundsätze bei der Kindermilchversorgung sind: Gesunde Kühe, peinlichste Reinlichkeit schon vom Kuhstalle ab und Kühlhaltung bis zum Konsumenten. Von der Trockenfütterung kann abgesehen werden. Auch brauchen die Stallungen nicht in der unmittelbaren Umgebung der Städte zu liegen. Die Durchführung dieser Grundsätze ist nur denkbar durch Zentralisierung der Kindermilchversorgung. Die Gründung solcher Zentralen ist zunächst Aufgabe der Stadtverwaltungen selbst, in zweiter Linie können auch Gesellschaften mit gemeinnütziger Tendenz in Betracht kommen; reine Molkereigenossenschaften sind nicht zu

empfehlen. Die Kindermilchzentralen können den Mittelpunkt bilden für alle Maßnahmen zur allmählichen Reform des gesamten Milchhandels. — Es muß auch für eine entsprechende Behandlung der Milch im Haushalt Sorge getragen werden. Für die Fälle, in denen eine solche aus irgend einem Grunde nicht möglich oder besondere, im Haushalt nicht herzustellende Gemische nötig sind, ist die Gründung von Milchküchen erforderlich; sie kann von der privaten Wohltätigkeit erfolgen. Keine Milchküche ohne ärztliche Überwachung der Pfleglinge, womöglich aber nicht durch eine Poliklinik, sondern bei gänzlich freier Arztwahl. (Literaturverzeichnis von 33 Nummern.)

H. Kaufmann.

Gaetano Finizio, Wert der auf die Analyse der Milch angewandten Krioskopie. (Valore della crioscopia applicata ell' analise del lette.) (La Pediatria. August 1905.) Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Der Gefrierpunkt der Milch steht in keiner Beziehung zu deren Dichtigkeitsziffer. Der krioskopische Punkt der Milch ist, um so niedriger, je größer die Menge des trocknen Rückstandes ist und um so höher, je größer die Wassermenge ist. Die Menge der Butter hat keinen Einfluß auf den krioskopischen Punkt; dagegen ist dies sicher der Fall mit der Menge des Kaseinogen und der Mineralsalze. Den größten Einfluß auf den Gefrierpunkt hat die Laktose. Im ganzen läßt sich behaupten, daß die krioskopische Untersuchung nicht imstande ist, die quantitative Analyse der in der Milch enthaltenen Prinzipien zu ersetzen; sie kann nur dazu dienen, diese zu ergänzen. F.

Leo Langstein, Die Eiweißverdauung im Magen des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Im Magen des Säuglings findet sowohl unter physiologischen als auch unter pathologischen Verhältnissen Albumosen- und Peptonbildung statt. Diese ist nicht nur auf Rechnung des Labenzyms zu setzen. Es ist jedoch nicht ausgemacht, ob diese Verdauungsprodukte durch Pepsinverdauung oder Bakterienwirkung entstanden sind.

Aminosäuren lassen sich im Mageninhalt nicht nachweisen. Die angewandte Methodik, Untersuchung des ausgeheberten Inhaltes, erlaubt allerdings keinen Schluß hinsichtlich ihrer Bildung. Frauenmilch und Kuhmilch verhalten sich in bezug auf die Peptonbildung im Magen ungefähr gleich; jedenfalls erscheint es nach den bisher vorliegenden Versuchen verfrüht, von einer Verschiedenheit der Verdaulichkeit der verschiedenen Kaseine im Säuglingsmagen zu sprechen. Unter pathologischen Verhältnissen lassen sich mit Hilfe der angewandten Methoden keine Besonderheiten des Eiweißabbaues im Magen nachweisen, die klinisch verwertbar wären. Insbesondere wurde die Tryptophanreaktion, die beim Erwachsenen bei Störungen des Magenchemismus manchmal gefunden wurde, stets vermißt, so daß sie jedenfalls auch bei hochgradiger Stagnation durch Verengerungen des Pylorus im Säuglingsalter nicht regelmäßig zustande kommt.

Hecker.

Leo Langstein, Eiweißabbau und -aufbau bei natürlicher Ernährung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.)

Es handelt sich um das Verhalten des artgleichen Eiweißes im Magendarmkanal. L. machte zwei diesbezügliche Versuche an einem 8- und einem 10tägigen Kalbe, von denen das eine, nachdem es am Euter des Muttertieres gewogene Milchmengen getrunken hatte, im Stadium der Verdauung getötet wurde, um den Darminhalt der verschiedenen Abschnitte des Magendarmkanals zu untersuchen, während das andere, nachdem es 6 Tage von der Mutter gesäugt worden war, 2 Tage hungerte, um dann vom Kasein befreite Kuhmilch zu erhalten. Auch dieses wurde getötet und auf seinen Darminhalt untersucht.

Bei dem natürlich ernährten Kalb trat im Labmagen eine großklumpige Gerinnung ein. Die Verdauung ging bis zur Bildung von Albumosen und Peptonen. Kristallinische Produkte, speziell Aminosäuren sind nicht nachweisbar. Bezüglich des Dünndarminhaltes fand sich, daß das arteigene Milcheiweiß (Kasein und Albumin) nicht nur in lösliche Form übergeführt, sondern teilweise wenigstens bis zu den Aminosäuren abgebaut wird. Neben diesen in relativ geringer Menge isolierten ließ sich die Anwesenheit von Albumosen und Peptonen erweisen und auch die Anwesenheit polypeptidartiger Körper wahrscheinlich machen.

Bei dem zweiten Versuch sollte die Frage entschieden werden, ob die während der Verdauung von arteigenem Eiweiß entstandenen in der vorerwähnten Untersuchung nachgewiesenen Abbauprodukte allein dem Kasein entstammen, oder ob auch das arteigene „Albumin“ vor der Resorption eine Aufspaltung erfährt. Dabei zeigte sich nun, daß bereits im Magen ein Abbau des arteigenen Albumin stattfindet. Der größte Teil der Abbauprodukte besteht aus sogenannten primären Albumosen, ein kleinerer aus sekundären und tertiären, wie auch aus echten Peptonen. Aminosäuren werden nicht abgespalten. Im Dünndarm des Kalbes erfolgt ebenfalls eine Abspaltung des arteigenen Albumins in differente Bruchstücke. Diese sind Albumosen, Peptone und auch Aminosäuren, die in nicht unbeträchtlicher Menge isoliert werden konnten. Möglicherweise ist der nachgewiesene koagulable Eiweißkörper unverändertes Milchalbumin. Seine Anwesenheit im Dünndarminhalt würde naturgemäß noch nicht beweisen, daß er unverändert zur Resorption gelangt.

Aus diesen und den obigen Versuchen („Die Eiweißverdauung usw.“) geht also hervor, daß nicht nur das artfremde Eiweiß bis zu tiefen Bruchstücken im Magendarmkanal gespalten wird, sondern auch das artgleiche. Es ist sichergestellt, daß das Milchalbumin dem Kasein gegenüber keine Sonderstellung einnimmt, daß es ebenfalls weitgehenden Abbau durchmachen muß, bevor es zu Körpereiweiß umgewandelt wird.

Hecker.

Julius Parker-Sedgwick, Die Fettspaltung im Magen des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 64. Ergänzungsheft.) Die Schlußsätze des Verf.s lauten:

Im Magen des Säuglings ist ein fettspaltendes Enzym vorhanden. Das Enzym läßt sich bereits sehr frühzeitig im Leben nachweisen. bei neugeborenen Kaninchen bereits in den ersten Stunden nach der Geburt, beim Säugling zum mindesten in der zweiten Lebenswoche.

Die Fettspaltung durch die Lipase des Säuglings kann einen höheren Grad erreichen, als von Untersuchungen an Erwachsenen bekannt ist. Das Enzym entfaltet seine Tätigkeit im Magen.

Durch den Vorgang der Fettspaltung findet die relativ hohe Azidität im Säuglingsmagen sicherlich teilweise ihre Erklärung. Wir sind nicht gezwungen, Bakterienwirkung als einzige Ursache anzuschuldigen.

Die im Magen des gesunden Säuglings vorkommenden ätherlöslichen organischen Säuren sind zum großen Teil wasserunlösliche, nicht flüchtige, der enzymatischen Fettspaltung ihren Ursprung verdankende, höhere Fettsäuren. Hecker.

J. Schütz, Über die Bedeutung der Salzsäure für die Verdauung des Säuglings. (Aus dem Karolinen-Kinderspitale in Wien.) (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 41 u. 42.) S. gelangt zu folgenden Schlüssen:

„Das Vorhandensein der freien Salzsäure läßt keinen Schluß auf die Größe der im Magenlumen stattfindenden Verdauung zu. Ebensowenig läßt sich aus ihrer Menge — zumindest nicht bei Kuhmilchnahrung — ein bindender Schluß auf die Größe der Sekretionsarbeit des Magens ziehen.

Dagegen könnte die Bestimmung der Gesamtsalzsäure in Zusammenhalt mit der Motilitätsprüfung und den anderen klinischen Symptomen bei geeigneter Versuchsanordnung wertvolle Anhaltspunkte für die Funktionsprüfung des Säuglingsmagens ergeben. Es wird hierzu folgendes nötig sein: 1. Eine einheitliche Probenahrung; 2. eine einheitliche Verweildauer; 3. ein entsprechend gesichtetes klinisches Material, und vor allem eine möglichst große Anzahl von Untersuchungen, um die nicht spärlichen Fehlerquellen, welche ja jedem, der einige Erfahrung auf dem Gebiete der Magendiagnostik hat, genügend bekannt sind, wettzumachen und zu brauchbaren Mittelwerten zu gelangen. Wir werden eben — so betrübend diese Bekenntnis ist — wieder fast von vorne anfangen müssen, und es wird wohl noch vieler und die Kraft des einzelnen weit übersteigender Arbeit bedürfen, bis auf diesem Gebiete die entsprechende Basis für die praktische Diagnostik geschaffen worden sein wird. Trotzdem glaube ich, daß die Arbeit nicht aussichtslos sein wird und wir hoffen können, entsprechende Mittelwerte zu erhalten. Dies geht aus jenen Untersuchungen hervor, in denen die erhaltenden Ausschläge so groß sind, daß sie die Ungleichheit oder Unzulänglichkeit der Methodik weit übersteigen. Dazu gehören vor allem die Untersuchungen von Heubner, Wohlmann, v. Hecker und der interessante Fall von Knoepfelmacher, in welchem die Untersuchung des Mageninhalts tatsächlich die Stellung der Diagnose und Einleitung einer rationellen Therapie ermöglichte.

Die Eigenschaft der Salzsäure, die Sekretion von Pankreassaft und vielleicht auch der Galle anzuregen, erhebt dieselbe über die Bedeutung eines rein lokal wirkenden Verdauungsagens weit hinaus und läßt dieselbe als einen der wichtigsten Faktoren bei der Verdauung erscheinen. Eine praktische Folgerung, die man unter anderem

daraus ziehen könnte, besteht darin, bei der künstlichen Ernährung neben anderen üblichen Erwägungen auch dem Salzsäurebindungsvermögen der einzelnen Nahrungsmittel eine gewisse Aufmerksamkeit zu widmen. Ich weise auf diesen Punkt mit allem Vorbehalt hin, denn nichts scheint mir verfehlter, als die allzu enthusiastische Übertragung von Reagenzglas und Tierversuchen in die klinische Praxis, wie dies leider nicht gar selten geschieht.“ Grätzer.

E. Reiss, Zur Lehre von der Intoleranz mancher Säuglinge gegen Kuhmilch. (Aus dem städt. Elisabeth-Krankenhause zu Aachen.) (Monatsschr. f. Kinderheilkunde. Mai 1906.) R. führt einen Fall vor, der für die noch strittige Frage von Bedeutung ist. Es handelte sich um ein Kind, das schon einmal einige Wochen mit Kuhmilch ernährt worden war, dann 3 Wochen Brustnahrung erhielt, weil es bei der künstlichen Ernährung heruntergekommen war, und nunmehr mit Kuhmilch ernährt wurde. Diesmal traten aber bei der Kuhmilchernährung bedrohliche Erscheinungen auf. Da bereits früher eine solche durchgeführt worden war, glaubt R. nicht, daß die Idiosynkrasie eines Säuglings gegen Kuhmilch auf der schädigenden Wirkung von resorbiertem, artfremdem Eiweiß beruht. Viel eher möchte er der Vermutung Finkelsteins Raum geben, daß in letzter Instanz das schädigende Moment in abnormen Verhältnissen des Magendarmkanals zu suchen ist. Obiges Kind soll auch bald nach dem ersten Abstillen anormalen Stuhl gehabt haben, auch ergab lange Zeit hindurch die Untersuchung starke Aufblasung des Dickdarms. Beim zweiten Abstillungsversuch erfolgte jetzt einmal die Reaktion auf Kuhmilch außerordentlich prompt; schon $^1/_4$ Stunde nach Aufnahme der „artfremden Nahrung“ traten Erbrechen und Kollaps auf. Diese Schnelligkeit der Reaktion spricht schon sehr dagegen, daß das so schwer angreifbare und schwer resorbierbare Eiweiß die Materia peccans war. Das einzige Analoge zu solchem Zustand bilden schwere akute Vergiftungen. R. möchte daher für seinen Fall die Vermutung aussprechen, daß mit der „artfremden“ Nahrung Stoffe eingeführt wurden, die mit anderen in dem kranken Verdauungskanal des Kindes befindlichen Substanzen eine leicht resorbierbare Verbindung von hoher Giftigkeit eingingen. Als das Kind gekräftigt und sein Verdauungsorgan in normalem Zustande war, waren die besonderen Reagenzien auf die in der Nahrung enthaltenen Stoffe — Kuhmilch enthält ja gar manche Stoffe, welche Frauenmilch nicht oder nur in geringer Konzentration aufweist — aus dem Darm verschwunden.

R. glaubt also nicht, daß das Eiweiß der Kuhmilch die schädigende Wirkung ausgeübt hat, auch nicht, daß bakterielle Vorgänge direkt im Spiele waren, vielmehr daß aus zwei an sich unschädlichen Komponenten bei ihrem Zusammentreffen im Verdauungskanal des Kindes ein Körper von hoher Giftigkeit entstanden ist; das „Artfremde“ des Eiweißes, das „Artfremde“ der Nahrung überhaupt ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Grätzer.

G. Leven et **G. Barbet,** L'estomac du nourrisson. Forme, limite inférieure, mode de remplissage et d'evacuation. (La presse médicale. 1906. Nr. 63.) Die Verff. haben vergleichende

radioskopische Untersuchungen des Magens beim Erwachsenen und Kinde angestellt und sind zu folgenden Resultaten gelangt.

1. Form und Lage. Beim Erwachsenen hat der Magen eine deutlich senkrechte Lage mit einem rechten und linken Rande, entsprechend der großen und kleinen Kurvatur. Ein großer Teil des Organs ist im rechten Hypochondrium enthalten, nur der Pylorus überragt etwas die Medianlinie nach rechts hin.

Beim Kinde ist der Anblick ein ganz anderer, indem die Magenhöhle eine deutlich transversale Lage einnimmt, die große Kurvatur den unteren, fast horizontal verlaufenden Rand auf dem Bilde einnimmt. Ein großer Teil des Magens erstreckt sich über die Mittellinie nach links unter die Leber, von welcher er teilweise überdeckt wird.

2. Untere Grenze. Im Normalzustande reicht der untere Magenrand beim Erwachsenen bis zum Nabel oder bis in die Nähe desselben, der Pylorus, welcher den tiefsten Punkt bildet, bleibt fix oder verschiebt sich sehr wenig, während beim Säugling der tiefste Punkt durch die mittleren Teile der großen Kurvatur gebildet wird und seine Lage innerhalb weiter Grenzen ändert. In gefülltem Zustande reicht dieselbe bis zum Nabel, um sich dann ziemlich hoch hinaufzuheben, in manchen Fällen überschreitet die untere Magengrenze sogar den Nabel.

3. Füllungsart. Der Magen des Erwachsenen paßt sich fast genau dem Inhalte an, und nur bei bestehender Dilatation geschieht die Füllung wie diejenige eines großen Beutels mit präformierter Höhle. Dieser, für den Erwachsenen pathologische Vorgang, ist aber für den Säugling normal. Sowie man eine kleine Menge Flüssigkeit einführt, entfaltet sich der Magen in seiner ganzen Ausdehnung, und man sieht jene sich am unteren Rande in horizontaler Schicht ansammeln; der übrige Teil des Magens ist mit Luft erfüllt und erscheint als eine klare Zone, die sich deutlich von den dunklen Massen der Abdominalorgane abhebt. Mit der Vermehrung der Flüssigkeitsmenge wird auch die Luftmenge kleiner, nachdem das obere Flüssigkeitsniveau in stetiger Weise sich erhebt.

4. Entleerung der Milch. Einige Minuten nach dem Säugen bleibt der Magen des Säuglings unbeweglich, dann zieht er sich mit einem Male und fast bis zur kugeligen Form zusammen, während die Luftkammer verschwindet oder kaum sichtbar bleibt. In diesem Zustande verharrt der Magen lange Zeit, wahrscheinlich bis zu seiner vollständigen Entleerung; man bemerkt das Wiederauftreten der Luftkammer, und der Übergang zum Zustande der Leere erfolgt in langsamer Weise. Beim Erwachsenen ist die Kontraktion des ganzen Magens nur ausnahmsweise zu beobachten, hingegen sieht man immer Zusammenziehungen der pylorischen Gegend.

5. Dauer des Milchaufenthaltes im Magen. Die Untersuchungen der Verff. wurden bei Säuglingen von 2—16 Monaten angestellt, welche entweder Muttermilch oder Kuhmilch, gemischt mit Wasser in Mengen von 80—175 ccm erhalten hatten. Es zeigte sich, daß bei demselben die Entleerung der Milch $1\,^3/_4$—2 Stunden dauerte.

Wie es scheint, besteht in dieser Beziehung kein Unterschied zwischen Muttermilch und mit Wasser verdünnter Kuhmilch. E. Toff (Braila).

J. Bauer, Über den Nachweis der präzipitablen Substanz der Kuhmilch im Blute atrophischer Säuglinge. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin.) (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 22.) Als B. bei einem Fall von Atrophie einen positiven Befund mittels der Präzipitinreaktion erzielte, machte er sich die von Moreschi inaugurierte, von Neisser und Sachs ausgebaute Methode der Komplementablenkung zunutze. Das Verfahren beruht darauf, daß ein Gemisch von präzipitogener Substanz und Präzipitin imstande ist, Komplement zu binden und so ein hinzugefügtes Serumhämolysin unwirksam zu machen. Die Reaktion gelingt noch bei Gegenwart von 0,00001—0,000001 präzipitabler Substanz. Man kann daher auch Untersuchungen bei lebenden Säuglingen machen.

B. hatte gerade ein atrophisches, 4 Wochen altes Kind in Behandlung und konnte bei diesem den einwandsfreien Beweis des Vorkommens genuiner artfremder Eiweißkörper im Blut führen.

Grätzer.

D. v. Westphalen, Erfahrungen über Mufflers sterilisierte Kindernahrung (Fortschr. d. Medizin. 1906. Nr. 16.) Nach Ansicht v. W.'s entspricht Mufflers sterilisierte Kindernahrung den hygienisch-bakteriologischen Anforderungen an ein solches Nährmittel vollauf; ebenso ist seine Zusammensetzung die denkbar rationellste. Das Präparat hat Verf. sowohl bei gesunden wie bei kranken Säuglingen (Magendarmkrankheiten, Rachitis) die besten Dienste geleistet. Das Muffler-Mehl bei älteren Kindern als alleinige Nährquelle zu benutzen, daran ist kaum zu denken; zur Aushilfe aber, als temporäre Übergangsdiät, als Unterstützung einer Diät läßt es sich vorzüglich verwerten. Sein Indikationsstand bleibt hier beschränkt auf vorübergehende Beigaben bei fieberhaften und bei Magendarmerkrankungen, wo es in Form von Brei, mit dicken Suppen vermischt, gegeben werden kann. Ist vegetabilische Kost anzuraten, so bietet das Präparat eine gute Abwechslung. Auch bei Erwachsenen kommt es zweckmäßig bei Achylie und Karzinom des Magens, bei Typhus und anderen Fällen, wo eine leichte Nahrung indiziert ist, in Betracht.

M. Kaufmann.

Arth. Keller, Mehlkinder. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.) Mehlkinder sind solche Kinder, die ausschließlich lange Zeit mit Mehl- oder Schleimsuppen ohne Milchzusatz ernährt werden, nachdem bei akuten Darmkatarrhen diese Diät den Patienten scheinbar sehr gut bekommen ist. Jene Ernährung ist aber, längere Zeit fortgesetzt, den Kindern sehr gefährlich, sie führt oft zum Tode. Die Kinder siechen allmählich dahin; dann bemerkt man eine eigentümliche Trockenheit der Haut, die sich in Falten von der straff gespannten, harten Muskulatur abheben läßt, die Hypertonie der Muskulatur, die Bewegungslosigkeit der Kinder, die Schwäche der Herzaktion, die Anorexie. Leider bekommt man meist die Kinder erst zur Behandlung, wenn dies Krankheitsbild vorliegt, d. h. wenn es zu spät

ist. Man betone also stets den Eltern gegenüber ganz energisch, wie gefährdet „Mehlkinder" sind, und daß diese einseitige Nahrung eine hochgradige Unterernährung bedeutet und nur ganz vorübergehend Anwendung finden darf. Grätzer.

P. Heim, Über die Dosierung der Nährmehle bei Säuglingen im Alter von unter 3 Monaten. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 1.) Verf. verabreicht auch Säuglingen, die noch nicht den dritten Monat erreicht haben, Mehle. Er dosiert kleine Mengen in Fällen, wo die Fettassimilation mangelhaft ist, bei Auftreten von Seifenstühlen und Stillstand der Gewichtszunahme. Ernö Deutsch (Budapest).

E. Terrien (Paris), Le maltosage des bouillies dans l'alimentation du jeune enfant dyspeptique. (Archives de méd. des enfants. Mai 1906.) Der Verf. hebt die guten Erfolge hervor, die man durch die Anwendung der Malzsuppen bei magendarmkranken Kindern erzielen kann, doch muß man sich vor Augen halten, daß dieselben sehr wechselnd sind und hauptsächlich von der Herstellungsweise der betreffenden Präparate abhängen. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß jene Präparate am besten vertragen werden, welche möglichst wenig Zuckerstoffe enthalten, wie solche als Maltose, Malto-Dextrin und Dextrin unter dem Einflusse der betreffenden Enzyme entstehen. Die Malzdiastase übt nämlich einerseits eine verflüssigende, andererseits eine die chemische Zusammensetzung verändernde Einwirkung auf das Amylum aus, und es ist von Wichtigkeit für die Herstellung der in Rede stehenden Nährpräparate, erstere möglichst auszunützen, letztere aber zu verhindern, da die Zuckersubstanzen nicht nur keine günstige Wirkung auf die erkrankten Teile des Verdauungsapparates ausüben, sondern selbst imstande sind, Diarrhöen hervorzurufen. In der Malzsuppe soll also die Verflüssigung, aber nicht die Saccharifizierung der Stärkesubstanzen durchgeführt werden. Hierzu ist eine eigene, immer gleichbleibende Technik notwendig, und hauptsächlich ist es von Wichtigkeit, den Einfluß der Diastase bei einer gewissen, immer gleichbleibenden Temperatur vor sich gehen zu lassen. In dieser Beziehung haben die Untersuchungen verschiedener Forscher gezeigt, daß das Temperaturoptimum bei 80° liegt, außerdem ist es von Vorteil, die Diastase durch Infusion bei einer Temperatur von 55—60° auszuziehen.

Was die therapeutische Anwendung anbetrifft, so hat die Erfahrung gezeigt, daß die Mischung von zwei Teilen gewöhnlicher Milch und einem Teile Malzsuppe in den meisten Fällen die besten Resultate gibt.

Die interessante Arbeit, welche viele technische und therapeutische Einzelheiten gibt, sollte im Original nachgelesen werden.

E. Toff (Braila).

A. Kahan, De l'alimentation par les décoctions végétabiles dans les gastro-entérites infantiles. (Thèse de Paris. 1906.) Kinder, welche an verschiedenen Störungen der Verdauungsorgane leiden, vertragen, namentlich während des akuten Stadiums ihrer Krankheit, schlecht reine Milch, und wurde dieselbe entweder durch gekochtes Wasser oder durch verschiedene Abkochungen er-

setzt. K. hat auf Anregung von C. eine vegetabilische Abkochung in der Kinderernährung versucht und mit derselben recht gute Erfolge erzielt. Zur Herstellung derselben werden je 30 g oder je ein Eßlöffel von Weizen, Perlgraupen, gestoßenen Mais, Bohnen, Erbsen und Linsen durch 3 Stunden in 3 Liter Wasser gekocht und dann 20 g Kochsalz hinzugefügt. Nach dem Durchseihen erhält man etwa 1 Liter Flüssigkeit, welche zur Herstellung von Suppen für das Kind benützt werden kann, etwa 1 Kaffeelöffel Reis-, Hafer- oder Gerstenmehl auf 100 g Abkochung, oder man gibt dieselbe ohne weiteren Zusatz in kleinen Quantitäten alle 2 oder 3 Stunden.

Der Verf. veröffentlicht 13 Krankengeschichten, betreffend Kinder im Alter von 6 Wochen bis zu 17 Monaten, aus welchen ersehen werden kann, daß die Ernährung mit der erwähnten vegetabilischen Abkochung eine Zunahme des Körpergewichtes und Aufhören der Diarrhöe und des Erbrechens bewirkt. Die betreffende Flüssigkeit übt bei akuten und chronischen Gastroenteritiden einen antiputriden Einfluß aus, sie hat eine bedeutende Nährkraft, und übt eine Rehydration bei jenen Kranken aus, die durch bedeutende Säfteverluste heruntergekommen sind. Man kann dieselbe auch in der zweiten Kindheit, namentlich bei schleimig-membranöser Enterokolitis vorteilhaft zur Herstellung von dicken Suppen benützen. E. Toff (Braila).

L. Piga, Das Tachiol in der Behandlung der infantilen Gastroenteritis. (La Pediatria. März 1906.) P. berichtet über günstige Erfolge, die er mit dieser Substanz, einer wässerigen 10%igen, farb- und geruchlosen, durchsichtigen, metallisch schmeckenden Fluorsilberlösung erzielt hat. Eine Lösung von 1:5000 wurde per os in Dosen von 150—200 g in 24 Stunden, i. e. ca. 1 Teelöffel alle $2^1/_2$ Stunden verabreicht. Per rectum wurden im Klysma 25—100 g 2—3mal täglich gegeben. Nach den an 9 typischen Fällen in der Poliklinik zu Turin gewonnenen Erfahrungen soll das „Tachiol“ in einer Lösung von 1:5000 bei interner wie per rectum erfolgender Anwendung ein hervorragendes Antiseptikum bei akuter und chronischer Gastroenteritis der Kinder sein. In allen Fällen wurde eine schnelle Besserung im Gesamtzustand notiert, indem Farbe und Lebensgeister sich wieder einstellten. In jenen Fällen wo häufiges Erbrechen jeder anderen Behandlung getrotzt hatte, brachte eine eintägige Anwendung des Tachiol das Erbrechen zum Schwinden. Die Zahl der diarrhoischen Entleerungen ließ in recht schweren Fällen nach 2—3 Tagen schon nach und diese wurden in Farbe und Konsistenz normal. Das Mittel wurde bereitwillig von allen Kindern genommen. H. Netter.

K. Apfelstedt (Berlin-Friedenau), Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, speziell des Brechdurchfalles. (Therap. Monatshefte. Oktober 1906.) A. beschuldigt die Fliegen, die Haupturheber des Brechdurchfalles zu sein. Er gibt zahlreiche Beweise für diese Behauptung, die er durch genaue Beobachtungen sammeln konnte. Wir geben einzelne Abschnitte seiner Arbeit wörtlich wieder:

„Weitaus am häufigsten aber geschieht die Übertragung von

Bacterium coli auf die Säuglinge durch Fliegen. Die Stubenfliege (Musca domestica) macht wie alle Dipteren eine vollkommene Metamorphose durch. Die Eier werden in tierische und hauptsächlich in menschliche Fäkalien gelegt; letztere dienen den aus den Eiern ausschlüpfenden Larven als Nahrung. Die Larven verpuppen sich und aus den Puppen schlüpfen nach wenigen Wochen die jungen Fliegen. Die ganze Entwicklung vom Ei bis zum Ausfliegen der fertigen Tiere spielt sich also meistens in menschlichen Fäkalien ab; Voraussetzung ist, daß letztere stagnieren und einen relativ hohen Wärmegrad besitzen, also in Gärung begriffen sind; das sind aber die Bedingungen, unter denen das Bacterium coli die höchste Virulenz erreicht. Die jungen Fliegen erlangen sehr bald nach dem Verlassen der Puppe die Fähigkeit zu fliegen und beginnen nun sofort ihren unruhigen Lebenslauf. Rastlos fliegen und laufen sie von einem Punkt zum andern; mit ihren Klebefüßen haften sie überall, den ewig tätigen Rüssel versenken sie in jede organische Substanz. Ihrer unsauberen Herkunft bleiben sie das ganze Leben hindurch treu. Sie finden sich am meisten und liebsten da, wo es schmutzig ist, und wo schlechte Ventilation herrscht. Kein Wunder, wenn sie in unsauberen, nicht gelüfteten Wohnungen der Armen in zahllosen Scharen zu treffen sind, besonders dann, wenn Säuglinge in den Familien vorhanden sind, die jener Atmosphäre den bekannten, eigentümlichen Geruch verleihen, der für Fliegen offenbar besonders anziehend ist. Mit großer Gier wird die Windel, die man unzweckmäßigerweise beim Reinigen des Säuglings zunächst auf den Boden zu werfen pflegt, von ihnen angenommen. Ebensogern wird der Mund des unbeaufsichtigten Säuglings von ihnen revidiert; da ein großer Teil der „Flaschenkinder" nach der Nahrungsaufnahme aufzustoßen und eine kleine Quantität Milch zu speien pflegt, finden die Fliegen hier reichlich Nahrung. Begibt sich die Fliege von der Windel eines darmkranken Kindes zum Mund des gesunden und sucht hier die Lippenschleimhaut ausgiebig ab, so ist die Übertragung mit Bacterium coli gegeben, denn der Säugling wehrt, wenn überhaupt, die Fliegen weniger mit den Händen ab als durch Bewegungen der Lippen und der Zunge, d. h. er macht Saugbewegungen.

Meistens geschieht die Übertragung des Bacterium coli aber wohl auf andere als die eben beschriebene Weise. Die jungen Fliegen haben nämlich bei ihrem ersten Ausflug und wahrscheinlich in den ersten Tagen ihres Lebens massenhaft Bacterium coli an der gesamten Körperoberfläche, welches sie durch einfaches Abstreifen zu übertragen vermögen. Das erklärt sich aus ihrer Entwicklung."

„Die merkwürdige Erscheinung, daß in manchen Jahren der Höhepunkt des Brechdurchfalls der Säuglinge nicht mit der größten Hitzeperiode zusammenfällt, sondern erst etwas später eintritt, läßt sich ganz ungezwungen erklären. Die Fliegenentwicklung geht zwar vom Frühjahr bis zum Herbst vor sich, die Brutstätten enthalten aber zunächst wenig pathogene Keime, speziell wenig virulentes Bacterium coli. Mit der heißesten Zeit erst beginnen die Enteritiden und Kolitiden der Erwachsenen sich zu häufen; es gelangt also reichlich virulentes Bacterium coli an die Orte, wo die Fliegenmetamorphose statt-

findet. Gleichzeitig beginnt aber auch mit der dauernden Hitze im Hochsommer die Gärung der Fäkalien und mit dieser die Steigerung der Virulenz der Kolikeime. Da die Fliegenmetamorphose mehrere Wochen in Anspruch nimmt, tritt gewiß der Fall manchmal ein, daß die während der größten Hitze sich entwickelnden Fliegen, welche die am meisten pathogenen Keime führen, erst nach Eintritt kühlerer Temperatur zum Ausflug gelangen.

Aus den mitgeteilten Beobachtungen, aus den Erfahrungen der Praxis und der Anstalt sind folgende Schlüsse zu ziehen:

Die Unsauberkeiten bei der Milchgewinnung, die Unzweckmäßigkeiten bei der Zusammensetzung der Säuglingsnahrung können Darmstörungen der verschiedensten, auch schwersten Art hervorrufen, aber keinen echten Brechdurchfall.

Der Brechdurchfall, die Cholera infantum, beruht auf der Anwesenheit von Bacterium coli hoher Virulenz im Darm des Säuglings. Am meisten zu fürchten ist das von außen eingeschleppte Bacterium coli.

Dieses kann durch die Hand des Pflegepersonals auf den Säugling übertragen werden. Dann handelt es sich um frisches, vor kurzem aus dem Darm Erwachsener oder von Säuglingen entleertes Bacterium coli.

Weit gefährlicher ist das Bacterium coli aus stagnierenden oder gärenden Fäkalien, welchem höchste Virulenz und Pathogenität zukommt. Dieses findet sich häufig an der Gesamtoberfläche der ihren Brutort verlassenden jungen Stubenfliegen.

Diejenigen Stadtteile, Häuser und Wohnungen, in denen die meisten und schwersten Fälle von Cholera infantum vorkommen, beherbergen auch die meisten Fliegen. Unbeaufsichtigte Säuglinge werden notorisch am meisten von Fliegen geplagt. Beim Aufsaugen von Milchresten am Munde des Kindes können Fäkalienreste und Kolikolonien vom Fliegenkörper abgestreift und später vom Säugling verschluckt werden. Natürlich gibt es auch noch andere Übertragungsmöglichkeiten.

Der Hauptbrutplatz für die Fliegen sind die improvisierten, nicht an die Kanalisation angeschlossenen Aborte der Neubauten, Laubenkolonien usw.

Die Folgerungen aus dem Gesagten ergeben sich von selbst.

Die Verunreinigungen der Milch lassen sich zum überwiegenden Teil durch Sterilisieren ausgleichen; das Sicherste und Einfachste ist und bleibt der Soxhletapparat.

Zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit an Brechdurchfall ist erforderlich:

- Aufklärung der Pflegerinnen und Mütter über die Hygiene der Defäkation,
- Schutz der Wohnungen vor Fliegen durch Ventilation, Reinlichkeit, Fliegenfenster usw.,
- stete Beaufsichtigung der Säuglinge.

In der Hauptsache aber wird der Kampf gegen die Säuglingsmassensterblichkeit, soweit sie durch Cholera infantum, also durch Bacterium coli, bedingt ist, ohne gesetzgeberische oder polizeiliche Verordnungen aussichtslos sein.

Wir brauchen eine baupolizeiliche Bestimmung, daß jedes Klosett eine an die Wasserleitung angeschlossene Waschvorrichtung zum Händewaschen besitzt. Und eine zweite Verordnung, daß die Erlaubnis zum Beginn des Neubaues erst erteilt wird, wenn ein an die Kanalisation angeschlossenes, mit Wasserspülung versehenes Klosett für die Bauarbeiter errichtet ist. Für die Laubenkolonien usw. müssen andere schützende Bestimmungen getroffen werden.

Außerdem aber muß die Cholera infantum unter die Zahl der Krankheiten, welche dem Seuchengesetz unterliegen, aufgenommen werden. Würde man gegen die Cholera infantum mit derselben Energie vorgehen, wie man sie bei der Bekämpfung der Cholera asiatica bewiesen hat, so würde man bald auch hier die gleich guten Resultate zeitigen. Dazu gehörte in erster Linie die Meldepflicht und die strenge Isolierung. Es fehlt freilich bisher eine wichtige Vorbedindung: Die genaue Kenntnis und der exakte Nachweis der verschiedenen Virulenzgrade des Bacterium coli. Hier steht den Bakteriologen ein Feld offen. Unverdienstlich wäre die Arbeit nicht; denn es sterben in Deutschland an Cholera infantum in einem einzigen Jahre mehr Menschen, als an Cholera asiatica in den letzten 30 Jahren zusammengenommen zugrunde gingen. Grätzer.

M. Berend, Über das Krankheitsbild der Darmfäulnis Neugeborener. (Orvosi hetilap. 1906. Nr. 1.) Verf. führt diesen Symptomenkomplex auf Verschlucken von Fruchtwasser zurück. Am ersten Lebenstag zeigt sich vor der Nahrungsaufnahme Erbrechen, in den folgenden Tagen fieberhafter Zustand. Nach der Mekoniumentleerung schleimige, faulig riechende Stühle.

Ernö Deutsch (Budapest).

Hermann M. Adler, Zur Kenntnis der stickstoffhaltigen Bestandteile der Säuglingsfäzes. (Jahrb. f. Kinderheilk. 64. Bd. Ergänzungsh.) In den Säuglingsfäzes findet sich unter normalen und pathologischen Verhältnissen ein durch Essigsäure fällbarer Eiweißkörper (es ist möglich, daß nicht ein einheitliches Individuum, sondern ein Gemenge vorliegt.) Es ist falsch, diesen Eiweißkörper mit Kasein zu identifizieren; ebenso unrichtig ist es, daß die in den Stühlen vorhandenen Bröckel aus Kasein bestehen. Ebenso regelmäßig wie der durch Essigsäure fällbare finden sich im Stuhle ein oder mehrere koagulable Eiweißkörper, die wir unter die Albumine zu zählen berechtigt sind. Albumosen kommen unter normalen Verhältnissen in den Säuglingsfäzes nur in geringen Mengen vor, ebenso kommt es unter physiologischen Verhältnissen nicht zu einer Ausscheidung größerer Mengen von echtem Pepton. Unter pathologischen Verhältnissen, z. B. bei Enterokatarrh, scheint eine vermehrte Albumosenausscheidung möglich zu sein. Unter normalen Verhältnissen kann es zu einer Ausscheidung minimaler Mengen von Aminosäuren, insbesondere von Tyrosin kommen. In diesem Vorkommnis eine mangelhafte Bewältigung der Nahrung bzw. das Auftreten eines schädlichen Nahrungsrestes zu sehen, liegt kein Grund vor. Hecker.

Otto Spiegel, Über das Vorkommen und die Natur der Nothnagelschen gelben Schleimkörner in den Säuglings-

fäzes. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. XII. H. 4.) Im Gegensatz zu Nothnagel und Schmidt-Schorlemmer hält S. die „gelben Schleimkörner" nicht für pathologisch. Er fand sie bei nach Tausenden zählenden Untersuchungen allerdings nie bei Brustkindern, fast stets jedoch bei den ganz oder zum Teil künstlich ernährten Säuglingen. Ihre Farbe variiert nach der Nahrung; beim Zerdrücken unter einem Deckglas bewies das knirschende Gefühl ihre bröcklige krümelige Konsistenz; mikroskopisch sieht man dann schollige Massen. Diese änderten sich nicht bei Zusatz von Alkohol, Äther, HCl, saurem Äther, NaOH, KOH, HCl, PO_4H_3, Essigsäure, Karbolsäure. Bei Zusatz von H_2SO_4 trat eine braunrote Verfärbung ein; von der Peripherie beginnend schossen strahlenförmig Kristallnadeln auseinander; schließlich fand sich statt der Scholle eine Kristalldrüse. Zur Analyse wurde Kot mit Wasser verrieben, dann durch ein dreifaches Sieb getrieben. Auf dem dritten sehr dichten Durchlauf fanden sich die Körner; sie wurden zur Entfernung der Bakterien mit Wasser, Alkohol und Äther ausgeschüttelt. Die Analyse ergab 0,245 % N, 65 % Rückstand bei der Veraschung (P_2O_5, Ca, Al, Spuren von Fe und Mg); eine zweite Analyse ergab: 48,08 % organische, 51,92 % unorganische Substanz, 1,922 % N. Der geringe N-Gehalt läßt an Verunreinigung denken; wahrscheinlich handelt es sich bei den Körnern um ein phosphorsaures Aluminiumkalksalz. Praktisch scheint ihr Wiederauftreten nach schweren Störungen häufig ein Zeichen beginnender Besserung zu sein.

M. Kaufmann.

Adolph H. Meyer (Däne), Ödeme ohne Albuminurie bei Darmkatarrhen der Kinder. (Hospitalstidende 1906. Nr. 39.) Bei einem $1\frac{1}{2}$ Jahr alten Knaben, in der Klinik des Verf.s aufgenommen, traten während einer subakuten Enterokolitis Ödeme auf, ohne daß irgend ein Zeichen einer Nierenentzündung im Harn sich nachweisen ließ. Keine vorhergehende Scarlatina; keine vorhandene Anämie; keine stethoskopischen Zeichen eines Herzleidens. Das Kind war sehr geschwächt. Die in den peripheren Teilen ausgebreiteten Ödeme hatten den Charakter eines zyanotischen Ödems. Zugleich waren Zeichen eines meningealen Ödems vorhanden. Der Verf. vergleicht den Fall mit dem Ödem bei geschwächten Neugeborenen. Anfangs war trotz chlorhaltiger Nahrung Achlorurie bzw. Hypochlorurie nebst Oligurie und niedrigen spezifischen Gewicht des Harns vorhanden. Durch Eingeben von 3 Gramm ClNa täglich in 2 Tagen nahmen die Ödeme kolossal zu.

Der Chlorstoffwechsel wurde im Verlaufe von 4—5 Wochen annähernd bestimmt (Berechnung der Chloride in der Nahrung, Bestimmung der Chloride des Harns durch Volhardts Methode), wegen Mangel zuverlässiger Harnrezipienten ließen ganz genaue Zahlen des Chlorstoffwechsels sich doch gewöhnlich nicht aufstellen. Chloride in den Fäzes sehr sparsam. — Der Verf. erwähnt die bisher veröffentlichten Fälle (Stoeltzner, L. F. Meyer, Hutinel, Rocaz u. a.) und die landläufigen Hypothesen, glaubt, daß in seinem Fall vielleicht Herzschwäche Zirkulationsstörungen hervorgerufen habe, die unter andern durch Stauung in den Nieren Wasser- und Chlorideretention

veranlaßt haben. Durch Behandlung des Darmkatarrhs trat Heilung ein; die Ödeme, die mit starker Gewichtszunahme einhergingen, schwanden unter Gewichtsabnahme und Polyurie, und später wurde der Chlorstoffwechsel normal. Der Verf. hebt den Unterschied des Chlorstoffwechsels der Kinder bzw. der Säuglinge gegenüber demjenigen der Erwachsenen hervor. Autoreferat Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Roux et Josserand (Cannes), Des rélations des entérocolites avec les adénoidites chez l'enfant. (Revue mens. des malad. de l'enfance, Août 1906.) Die Verff. haben eine größere Anzahl von Kindern mit schleimiger Enterokolitis untersucht und gefunden, daß dieselben in konstanter Weise an adenoiden Erkrankungen, akuter oder chronischer Natur, leiden. Das gleichzeitige Vorkommen dieser beiden Erkrankungen ist ein so regelmäßiges, daß R. und J. sich fragen, ob es Enterokolitis beim Kinde gibt, welche nicht durch eine Erkrankung der Nase oder des Nasenrachenraumes bewirkt wäre. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Kinder die schleimigen und eitrigen Massen, die sich auf den Nasenvegetationen bilden, verschlucken und auf diese Weise ihren Darmkanal infizieren. Die Darmerkrankung tritt gewöhnlich unter der Form von Verstopfung, abwechselnd mit Diarrhöen und schleimigen Stuhlentleerungen auf. Eine Anzahl von Krankengeschichten werden von den Verff. zur Stütze ihrer Ansicht angeführt. E. Toff (Braila).

E. J. Moure, Des végétations adénoïdes chez les nourissions. (Journal de médecine des Bordeaux. 1905. Nr. 35.) Wenn auch in den letzten Jahren den adenoiden Vegetationen der Kinder erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, so erstreckt sich dieselbe doch nicht auf das Säuglingsalter, obwohl auch dieses von der in Rede stehenden Krankheit nicht verschont bleibt. Die Hauptsymptome sind: Störungen in der Nasenatmung und Gehörsstörungen. Im weiteren Verlaufe können sich Laryngealerscheinungen, spasmodischer Husten, Entzündungen des Mittelrohres, des Labyrinths hinzugesellen, Taubstummheit sich entwickeln usw. Die Behandlung besteht in radikaler Entfernung mittels gebogener Nasopharyngealzangen. Oft muß die Operation nach einigen Jahren wiederholt werden, namentlich wenn das Kind in der Zwischenzeit Scharlach, Masern, Influenza und ähnliches durchgemacht hat. E. Toff (Braila.)

Cohn, Adenoide Vegetationen und Schwerhörigkeit. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 52. Heft 3.) Verf. untersuchte zusammen mit Linck 1573 Volksschüler in Königsberg, von denen 315 = 18% als mehr oder minder schwerhörig gefunden wurden. Unter diesen 315 war die Schwerhörigkeit durch adenoide Vegetationen allein in 153, durch Folgeerscheinungen derselben in 12 Fällen, also insgesamt in 165 Fällen = 52,4% sicher bedingt. Bemerkenswert war, daß bei einer großen Anzahl von Schülern weder diesen selbst noch ihren Lehrern das mangelhafte Hörvermögen aufgefallen war. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen wieder die Notwendigkeit der regelmäßigen Untersuchung aller Kinder zu Beginn des Schulgehens auf Hörvermögen. A. Sonntag (Berlin).

Lange, Altes und Neues über die Adenoidenfrage. (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1906. Heft 9.) Verf. präzisiert seinen Standpunkt in der Adenoidenfrage, wie er ihn jetzt nach über 30jähriger Praxis einnimmt. Ein Rezidivieren der Vegetationen, von dem oft geschrieben wird, ist sehr unwahrscheinlich, es handelt sich lediglich um eine nicht genügende Entfernung bei der ersten Operation. Begründet ist die Ansicht der Rezidivierung durch die Meinung, daß die Operation der adenoiden Vegetationen ein Eingriff sei, den jedermann machen könne. Dem ist aber durchaus nicht so. Abgesehen von der richtigen Stellung der Diagnose, die nur mit Digitalexploration — die auch gelernt sein will und nur den Ungeübten häufig falsche Diagnose stellen läßt — möglich ist, ist die Entfernung der adenoiden Vegetationen lege artis eine Operation, welche große Übung erfordert. Trotz richtiger Entfernung bleibt aber in einer gewissen Anzahl von Fällen der Erfolg aus. Der Grund ist zuweilen ein hypertrophischer Katarrh im Nasenrachenraume, der zwar durch die Operation gebessert, aber nicht geheilt wurde, und einer Nachbehandlung bedarf. Schon Meyer, welcher zuerst die adenoiden Vegetationen entfernte, legte großen Wert auf die Nachbehandlung. Eine andere Erklärung des Ausbleibens des Erfolges findet der Verf. im Nervensystem, die angewandte Therapie — Arsen und Eisen — hat befriedigende Resultate ergeben. So ist die Enuresis der Kinder, welche in letzter Zeit als häufige Begleiterscheinung der adenoiden Vegetationen angesehen wurde, ein neuropathisches, von den Vegetationen unabhängiges Leiden. Daß bei einem derartigen Leiden auch einmal eine Operation günstigen Einfluß haben kann, ist wahrscheinlich. Unter 50 Fällen von Enuresis fand Verf. 8mal adenoide Vegetationen, 3mal einen hypertrophischen Retronasalkatarrh, 3mal eine minimale Vergrößerung des adenoiden Gewebes, 36mal den Nasenrachenraum vollständig frei. Bei den 8 Fällen mit Vegetationen hatte in 7 Fällen die Operation absolut keinen Einfluß, der achte Fall war zweifelhaft. In 49 von 50 Fällen spielten also die adenoiden Vegetationen bei Enuresis keine Rolle. Es ist also die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches Leiden zu betrachten, die Ansicht des Zusammenhanges desselben mit adenoiden Vegetationen entbehrt der festen Begründung.

A. Sonntag (Berlin).

O. Watermann u. F. L. Baum, Zur Behandlung phlyktänulärer Augenerkrankungen. (Aus Prof. Silex' Poliklinik in Berlin.) (Die ärztl. Praxis. 1906. Nr. 20.) Verff. haben die Erfahrung gemacht, daß die phlyktänulären Augenentzündungen dauernd verschwinden nach Entfernung von Rachen- und Gaumentonsillen, sowie etwaiger Gewächse der Nase; sehr hartnäckige und schwere Fälle heilten nach diesen Eingriffen verblüffend schnell. Und fast bei allen Kindern, welche mit phlyktänulären Erscheinungen zur Behandlung kamen, wurden lymphoide Wucherungen gefunden und die Indikation zur Operation festgestellt. Letztere wurde ohne Narkose ausgeführt, bei Entfernung der Rachentonsille zunächst mit einer gefensterten Zange mit scharf schneidenden Rändern, dem man den modifizierten Gottstein folgen ließ, bei der Tonsillotomie mit dem Instrument von Fahnestock. Nie exzessive Blutung oder irgend-

welche Nachblutung. Nachbehandlung: Gurgeln mit Thymollösung (mit etwas Pfefferminz), Ausspritzen mit Wasserstoffsuperoxyd. Während der ersten 48 Stunden nur flüssige, abgekühlte Nahrung. Außerdem Syr. ferri jod. (3mal tägl. 1 Tropfen pro Lebensjahr). Rasche Besserung aller Erscheinungen. Grätzer.

H. Delius (Hannover), Über Enuresis und ihre suggestive Behandlung. (Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 37.) D. zeigt, daß man die Enuresis heut nicht mehr als eine lokale Blasenschwäche ansehen darf, sondern daß es sich um eine zerebrale Hemmung funktioneller Natur handelt, nahe verwandt mit den Hemmungen bei Hysterie. Dementsprechend ist Suggestionsbehandlung unter Zuhilfenahme der Hypnose die rationellste Behandlung. D. hat damit auch sehr befriedigende Resultate erzielt. Die Hypnose ist nötig, weil sie die Suggestibilität bedeutend erhöht; sie muß sogar möglichst tief sein. Man suggeriert dem Kinde, daß es Drang fühlen werde, daß es dadurch sofort aus dem Schlafe erwachen und den Topf benutzen werde; ferner daß es, wenn es das Bedürfnis fühle, den Harn solange werde halten können, bis es den Topf habe, und dergl. Sehr wichtig ist es auch, auf die Furcht der Kinder vor dem Bettnässen bei den Suggestionen Rücksicht zu nehmen, indem man die Patienten beruhigt, daß es nun so leicht nicht wieder vorkommen werde, daß sie jetzt ruhig zu Bett gehen könnten, sie würden schon aufwachen, usw. Im übrigen wird man natürlich seelische Erregungen vermeiden, von harten Strafen absehen müssen. Auch sollen die Kinder möglichst wenig an ihr Leiden erinnert werden; so kann es manchmal notwendig werden, dem Patienten ein anderes Bett oder sogar ein anderes Schlafzimmer zu geben, damit er nicht durch den Uringeruch, durch die Umgebung usw. auf sein Leiden wieder aufmerksam gemacht wird. Man wird natürlich die Kinder auch anhalten, vor dem Einschlafen die Blase zu entleeren, den Kindern aber schon von Nachmittags an nichts Flüssiges mehr zu geben, ist unnütze Quälerei. Grätzer.

E. v. Vietinghoff-Scheel, Zur Therapie der Enuresis nocturna. (St. Petersburger Mediz. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.) Verf. berichtet über zwei Fälle, bei denen die Therapie, bestehend in Rücken- und Kreuzbeinklopfung mit dem Oszillatoransatzstück des Concussor „Ewer" sehr guten Erfolg hatte. Er wollte durch die Vibration das Reflexzentrum der Blasenmuskulatur, das außer im Gehirn auch im Lendenmark liegt, anregen und hatte die vier ersten Sakralwurzeln des Rückenmarks, die an dem Mechanismus der Blase bei Zurückhaltung und Entleerung des Harns direkt beteiligt sind, im Auge; der Erfolg sprach dafür, daß diese Annahme kein Trugschluß war. Grätzer.

Neuhaus (Hagen i. W.), Eine neue Harnprobe auf Santonin. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.) Einige Kubikzentimeter Harn werden mit einigen Tropfen Fehlingscher Lösung versetzt. Es tritt dann eine dunkelgrüne Farbe auf. Bei weiterem Zusatz wird der Harn dunkelviolettrot. Setzt man jetzt irgendeine Säure zu, so tritt eine hellgrüne Farbe auf. Am besten eignet sich Essigsäure als

Zusatz, welche eine smaragdgrüne Farbe hervorruft; stärkere Säuren färben den Harn dunkler grün. Offenbar erzeugt das Santonin im Harn einen reduzierenden Körper, welcher die grüne Farbe des Kupfers verursacht. Harne von Kindern, welche Santonin in den üblichen Dosen genommen haben, zeigen obige Reaktion stets in schönster Weise. Andere Medikamente rufen die Reaktion nicht hervor; nur Rheumharne, die auf Zusatz von Fehlingscher Lösung und Säure eine schmutziggrüne Farbe annehmen, jedoch ohne vorher jene Violett-Rotfärbung zu geben. Grätzer.

S. Zapinski, Schwefelsaurer Kalk als Harnsediment. (Przeglad lekarski. 1906. Nr. 33.) Bei einem 11jährigen Knaben, dessen klinische Diagnose auf Tumor cerebri lautete, fand Verf. im Sediment des trüben Harnes Gipskristalle. Dieselben sind den Tyrosin und Hippursäurekristallen ähnlich, in Ammoniak und Säure unlöslich, löslich in einer heißen Salzsäurelösung. In den vier bis jetzt veröffentlichten Fällen wurde Kachexie gleichzeitig konstatiert, im Falle von Weisstrand verschwand das Sediment mit dem Momente des Eintrittes der allgemeinen Besserung. Eine klinische Erklärung dieser Erscheinung ist bis nun nicht gegeben worden. Gabel (Lemberg).

Louis Baumann, Ein Beitrag zur Kenntnis der Beschaffenheit des Urins bei der Rachitis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. Ergänzungsh.) An einer Reihe von rachitischen Kindern wurde der frisch gelassene Urin auf Geruch, Reaktion und NH_3-Gehalt untersucht. Niemals konnte ein eigentümlicher Geruch als charakteristisch für den rachitischen Prozeß festgestellt noch auch beobachtet werden, daß diese Erkrankung zur Entleerung eines in ammoniakalischer Gärung befindlichen Urins Anlaß gebe. Der frisch entleerte Urin war fast stets sauer. Der rachitische Krankheitsprozeß geht nicht mit erhöhter Ammoniakausscheidung einher, und eine vermehrte Bildung und Ausscheidung von Säuren ist demnach unwahrscheinlich. Hecker.

Aladàr Ernödi, Die Behandlung von Nierenerkrankungen mit dem Macerate von Schweinsnieren, auf Grund eines Falles besprochen. (Budapesti orvosi ujsàg. 4. Jan. 1906.) Eine nach allen möglichen therapeutischen Maßnahmen vergeblich behandelte postskarlatinöse orthostatische Albuminurie verschwand nach Darreichung eines Schweinsnierenmacerates. Ernö Deutsch (Budapest).

G. Paisseau, La rétention de l'urée. (La presse médicale. 1906. Nr. 35.) Klinische und experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß Veränderungen des Nierenparenchyms, wie dieselben infolge von verschiedenen Nierenerkrankungen zustande kommen, nicht nur zu einer Retention von Chlornatrium, sondern auch zu einer solchen von Harnstoff im Organismus führen. Letztere ist um so wichtiger, als dieselbe auf einer Zurückhaltung von albuminoiden Substanzen, deren toxische Rolle im Organismus bekannt ist, hindeutet. Eine stickstoffarme und gleichzeitig salzlose Nahrung führt zu einer Entladung des Körpers von zurückgehaltenem Harnstoffe, und ist also auf diese Weise der günstige Einfluß, den ein spezielles Regime

bei Nierenerkrankungen ausübt, zu erklären. Letzteres besteht hauptsächlich aus Brot, Erdäpfeln, Butter, weißem Käse und Zucker, und man kann auf diese Weise mit Leichtigkeit etwa 2000 Kalorien zuführen, was für ein sich in Ruhe befindliches Individuum vollkommen genügend ist. E. Toff (Braila).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 26. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte

zu Köln am 5. August 1906.

Rensburg demonstriert einen **Fall von Pulmonalstenose** bei einem Kinde mit Wolfsrachen. Die besonders starke Hypertrophie des rechten Ventrikels, die sich sowohl perkussorisch als ganz besonders durch Röntgenaufnahme ergibt, und die starke Pulsation des rechten Ventrikels machen auch einen Septumdefekt (maladie de Rogu) wahrscheinlich.

Koch (Elberfeld) demonstriert Präparate a) eines 5 Monate alten Kindes mit zwei ausgedehnten **Kavernen in den Lungenspitzen**, miliare Hepatisationsherde bzw. Tuberkel der ganzen Lunge. b) Ein Präparat eines **Falles von Gehirnhautentzündung**, bei dem mehrfach Lumbalpunktion und 3 mal Ventrikelpunktion gemacht war. Hochgradige käsige Tuberkulose der großen Ganglien und des Kleinhirns. Interessant ist die Sichtbarkeit der drei Einstichöffnungen. Der erste Einstich hat eine Blutung veranlaßt, die sehr leicht zum sofortigen Exitus hätte führen können.

Rensburg berichtet über einen **Fall von Konvexitätsmeningitis**, welcher nach drei Richtungen besonderes Interesse verdient, 1. wegen seines anfänglich chronischen, fieberfreien Verlaufes, der längere Zeit einen chronischen Hydrocephalus vortäuschte, 2. wegen seiner Ätiologie (Pneumokokkenmeningitis) im Anschluß an eine Blennorrhoea neonatorum non gonorrhoica und (wahrscheinlich spezifischer) chronischer Rhinitis, 3. wegen eines am 4. Tage vor dem Tode plötzlich eintretenden Ödems beider Augenlider, dessen Ursache unaufgeklärt blieb, da eine Thrombose des Sinus cavernosus, für welche das klinische Bild sprach, bei der Autopsie nicht gefunden wurde (wird in extenso veröffentlicht).

Leo (Remscheid) berichtet über einen im Haaner Säuglingsheim beobachteten, nach 3 tägiger Dauer tödlich verlaufenen Fall von **zirkumskriptem Fettsklerem** bei einem 3 monatigen Kinde nach Brechdurchfall. Das Sklerem war und blieb ausschließlich auf die Wangen, besonders die linke lokalisiert. Die mikroskopische Untersuchung exzidierter Teile ergab zwischen dem Fettgewebe einzelne zirkumskripte Entzündungsherde mit spärlichen Kokken. L. führt aus, daß es für das Fettsklerem eine einheitliche Ätiologie nicht geben könne, und daß es wahrscheinlich Fälle gibt, die auf ein infektiöses Agens zurückzuführen seien, das bald diffus, bald mehr lokalisiert bleibe.

Esser (Bonn) spricht über **neutrophile Blutzellen beim Neugeborenen.**

Rey: **Milchversorgung der Städte Rheinlands und Westfalens.** Eine Rundfrage bei 41 Städten über 20000 Einwohnern ergab im wesentlichen, daß bei den Verwaltungen noch wenig Verständnis und Neigung dafür besteht, weder die gewöhnliche Marktmilch hygienisch richtig zu überwachen noch für Säuglingsmilch zu sorgen. Die in einzelnen Fällen getroffenen Einrichtungen stehen in der Mehrzahl mit den von den Kinderärzten aufgestellten Anforderungen in keinem Verhältnisse oder gar in direktem Widerspruche. Als Sachverständige treten fast nur Chemiker, Tierärzte, Techniker und Landwirte auf, selten ein Arzt und dann nur ja kein Kinderarzt. Der Einrichtung von Beratungsstellen steht die Ärzteschaft direkt feindlich gegenüber. Wo Milchküchen eingerichtet sind, muß schon aus diesem Grunde die Beratungsstelle fortfallen, so daß erstere leicht Verfütte-

rungsanstalten werden und eher schaden als nützen und ein Rückgang in ihrer Benutzung nach anfänglichem starken Zulaufe mehrfach festgestellt wurde.

Selter spricht über eine wichtige Aufgabe der Landesverwaltungen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Er führt aus, daß ein wichtiges Glied in der Kette der Mittel zur Verringerung der Säuglingsmortalität fehle, wenn die Belehrung der Mütter nicht ausgiebig erfolge. Als ständige Lehrerinnen kämen aber zurzeit nur Hebammen und Fortbildungsschullehrerinnen in Betracht. — Die Ausbildung dieser liege in der Hand der Landesverwaltungen oder sei von diesen abhängig. Hier sei also eine wichtige Aufgabe von diesen Instanzen zu lösen, ohne die man sich keinen Erfolg versprechen könne. — Die Mittel, welche hierfür nötig sein, dürften um so mehr aufzubringen sein, als neben nationalen Gründen eine Anzahl moralischer sowie auch Ersparnisgründe dafür angeführt werden könnten (erscheint in extenso im Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege).

Rey.

---

78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Stuttgart.

(Nach der Münchner med. Wochenschrift.)[1]

Sitzung vom 16. September 1906.

Escherich (Wien): **Über Isolierung und Infektionsverhinderung in Kinderspitälern.**

Der Aufenthalt gesunder oder kranker Kinder in Spitälern ist mit Gefahren für diese verbunden. Dieselben bestehen darin, daß durch die Emanationen der Kranken, durch direkten Kontakt mit den Kranken oder deren Gebrauchsgegenständen, durch Pflegerinnen oder Ärzte Infektionsstoffe übertragen werden, die bei der besonderen Empfindlichkeit der Kinder für jede Art von Infektion entweder zu selbständigen Erkrankungen (Spitalinfektionen) oder zu Komplikationen oder Verschlimmerungen der bestehenden Erkrankung führen. Diese Infektionen sind um so häufiger und gefährlicher, je jünger die Kinder sind. Es muß daher in Kinderspitälern auf die möglichste Vermeidung dieser Noxen geachtet werden. In dieser Hinsicht sind bei dem Neubau der Wiener Universitäts-Kinderklinik folgende Maßnahmen geplant:

A. Ambulatorium: Die Kinder werden, ehe sie den Warteraum betreten, in der Pförtnerloge ärztlich untersucht und die Infektionsverdächtigen ausgeschieden. Der Zugang zu dieser Pförtnerloge erfolgt durch eine Anstehbahn, ähnlich der bei Theaterkassen angebrachten, wodurch der freie Verkehr der Kinder behindert wird. B. Beobachtungsstation: Auf derselben werden diejenigen Patienten zurückgehalten, die an einer nicht ausgesprochenen Infektionskrankheit leiden oder sich im Inkubationsstadium einer solchen befinden. Hier muß jeder Patient für sich isoliert werden. Am zweckmäßigsten geschieht dies durch das Système cellulaire, wie es in dem Hospital des Institut Pasteur ausgebildet wurde. Dasselbe wird mit einigen, die klinische Demonstration erleichternden Modifikationen durchgeführt werden. C. Infektionsverhütung auf den allgemeinen Abteilungen. Am wichtigsten ist dieselbe für Säuglinge, die, wenn sie inmitten anderer Kranker verpflegt werden, eine enorme Sterblichkeit aufweisen. Die Spitalspflege der Säuglinge kann nur in gesonderten, aseptisch betriebenen Abteilungen und mit einem ausreichenden, speziell geschulten und nur dafür bestimmten Pflegepersonal durchgeführt werden. Außerdem ist die Möglichkeit einer Ammenernährung, die Scheidung der Gesunden (Frühgeborenen) von den Kranken, die Trennung der Gebrauchsgegenstände, die sofortige Isolierung jeder infektiösen Erkrankung zu verlangen. Bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres sind nicht mehr so rigorose Maßnahmen notwendig. Doch empfiehlt es sich, daß die schwer akut Erkrankten, die Tuberkulösen, die „Unreinen" von den allgemeinen Sälen ausgeschlossen und diese selbst wieder in solche für ältere und solche für jüngere

---

[1]) Berichterstatter: Dr. L. Langstein (Berlin).

(2—5 Jahre alte) Kinder getrennt werden. D. Infektionsverhütung auf der Isolierabteilung, vermindert die Zahl der Komplikationen und den tödlichen Ausgang. Jedes Bett ist von dem nächststehenden entweder durch eine Zwischenwand oder durch die Breite eines Fensters getrennt, so daß die Kontaktinfektion vermieden ist. Für solche Kranke, welche besonders infektiös erscheinen, sind in jedem Saale einige vollkommen abgeschlossene Isolierzellen vorhanden. Durch diese und ähnliche Maßnahmen dürfte es möglich sein, die Resultate der Spitalbehandlung kranker Kinder noch wesentlich zu verbessern.

In der Diskussion bespricht Rauchfuß speziell den Punkt der Infektionsmöglichkeit beim Eintritt in das Ambulatorium und durch die Besuche. Er stimmt im allgemeinen zu, daß die Einrichtungen, wie sie Escherich in seinem neuen Spital geschaffen hat, zweckmäßig sind, hält es aber für kaum möglich, die Infektionsgefahr durch die Besucher auszuschließen. Knöpfelmacher bringt Zahlen über die Übertragung von Infektionskrankheiten in seinem Spital, die, wie er zeigt, auch der behandelnde Arzt verschulden kann. Czerny (Breslau) betont die Notwendigkeit, die Bettenzahl und die Zahl der poliklinischen Patienten nicht zu hoch anwachsen zu lassen, um die Güte der Leistungen des Arztes nicht zu beeinträchtigen. Escherich meint, der Forderung Czernys könne durch eine Scheidung zwischen Klinik und Abteilung Rechnung getragen werden.

Hamburger (Wien): **Die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes.**

Vortr. weist darauf hin, daß man in der Perkussionslehre der letzten Zeit die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes völlig vernachlässigt hat, obwohl Mazon schon vor 50 Jahren darauf hinwies. Die Berücksichtigung der Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes fügt der alten, an sich nicht falschen Erklärung für die relativen Dämpfungen eine neue hinzu, die neben der alten berücksichtigt werden soll. Die von Rauchfuß gefundene paravertebrale Dämpfung auf der gesunden und vom Vortr. kürzlich beschriebene, paravertebrale Aufhellung auf der kranken Seite, Perkussionserscheinungen, wie sie bei Pleuritis regelmäßig gefunden werden, sind überhaupt nicht anders, als durch die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes zu erklären. Vortr. weist darauf hin, wie wichtig es sei, daß man auf diese Tatsachen Rücksicht nehme und bei der Untersuchung, besonders von Kindern, immer darauf acht haben müsse, daß die Schwingungsfähigkeit des Thorax in keiner Weise beeinträchtigt werde, wie es so leicht geschieht, wenn sich Kinder während der Untersuchung an die Mutter anpressen oder während der Untersuchung ungleichmäßig gestützt werden.

In der Diskussion bemerkt Rauchfuß, daß die paravertebrale Dämpfung bei Pleuritis exsudativa nicht allein auf Einschränkung der Perkussionswirkungssphäre auf der gesunden Seite beruht, sondern auch direkt auf der Mediastinalverschiebung, die sich auch auf der Rückseite nachweisen läßt. Das Dreieck tritt klar hervor bei leisester, auch lautloser Tastperkussion, die an der Schwelle des eben Hörbaren steht; auch Goldscheider hat später die Schwellenwertperkussion betont. Abweichende Resultate erklärt die verschiedene Stärke der Perkussion. Auch Hamburger betont im Schlußwort die Wichtigkeit der Stärke des Perkussionsstoßes für das Auftreten des Phänomens.

Siegert (Köln): **Der Nahrungsbedarf des Brustkindes im 1. Lebensquartal.**

Die Prüfung, ob große Trinkpausen, welche eine Erledigung der Frauenmilch im Säuglingsdarm sichern, dem Säugling eventuell von Vorteil sind, führte zur Durchführung der Ernährung mit nur vier Mahlzeiten bei zwei gesunden Brustkindern. Zuweilen wurde bei sehr geringer vierter Mahlzeit eine fünfte nachts konzediert. Tadellose körperliche und geistige Entwicklung wurde während des Versuchs erzielt. Es ergab sich unter Berechnung von 650 Kalorien für 1 Liter Frauenmilch ein Energiequotient von 80,4 bzw. 80 für das ganze erste Lebensquartal, von 70,5 bzw. weniger als 70 bei bestem Anwuchs von der 9. Woche an. Die betreffenden Werte Heubners, 100 Kalorien, bzw. 70 als Minimum für Erhaltung des Gleichgewichtes, erfahren hier insofern die von Czerny vorausgesehene Herabminderung auf 80 bzw. weit unter 70, noch dazu bei bestem Anwuchs, bei veränderter Versuchsanordnung mit größeren Trinkpausen. Die Milch, nur in betreff des Fettgehaltes öfter analysiert, war in beiden Fällen sicher mit 650 Kalorien hoch bewertet. Es ist also für diese beiden Fälle — nicht etwa im allgemeinen — bewiesen, daß ein recht mäßiger Nahrungsbedarf bei bestem Gedeihen durch vier Mahlzeiten befriedigt wurde. Damit ergibt sich für zahllose Mütter der arbeitenden Klasse die Möglichkeit des Stillens ihrer Kinder, ohne Furcht vor

maximalen Stillpausen. Unter allen Umständen liefern 4—5 stündliche Trinkpausen mit 4—5 Mahlzeiten mehr als 2—3 stündliche und 6—8 Mahlzeiten schon im ersten Lebensjahre.

In der Diskussion betont Salge (Dresden) die Notwendigkeit kalorimetrischer Untersuchungen, um Energiewerte festzustellen. Knöpfelmacher wendet sich gegen die Hypothese Siegerts von der besseren Ausnützung in seinen Fällen. Feer schließt sich Salge an, als Beispiel Reyhers Untersuchungen anführend. Schloßmann fragt, ob es kein Irrtum sei, daß 1 g Eiweiß für 1 g Körpergewicht genügen soll. Im Schlußwort betont Siegert, daß seine Zahlen nur Durchschnittswerte sein sollen.

Hutzler (München): **Über Säuglingsmasern.**

Hervorgehoben sei aus den Ausführungen, daß die Brustnahrung die Disposition nicht herabsetzt, daß die Masern im Säuglingsalter wegen ihres rapid tödlichen Verlaufes nicht als harmlose Erkrankung anzusehen sind. Die klinischen Erscheinungen boten nie Besonderheiten, doch will Hutzler eine achttägige Inkubationszeit beobachtet haben.

In der Diskussion betont Tugendreich, daß auf Grund seiner Erfahrungen bei atrophischen Säuglingen die Masern einen besonders leichten Verlauf nehmen.

Uffenheimer (München): **Weitere Studien über die Durchgängigkeit des Magendarmkanals für Bakterien.**

Vortr. gibt die Resultate von Prodigiosusfütterungsversuchen an erwachsenen Kaninchen bekannt, um an ihnen zu zeigen, wie außerordentlich kompliziert und schwer zu beurteilen Bakterienfütterungsexperimente sind, um schließlich eine Technik abzuleiten, die völlig zweifelfreie Resultate gibt. Die Versuche wurden mit einer sehr exakten Methodik vorgenommen; bei der Untersuchung und Verarbeitung der Organe der mit dem Prodigiosus gefütterten Tiere wurden stets ungefähr 100 Kulturen als Ausgangsmaterial aus den verschiedenen Organen angelegt, von diesen wurde dann wieder weiter geimpft, wo es nötig erschien. Es wurde eine lange Beobachtungsfrist nötig gehalten, so daß die Resultate möglichst präzise sein müssen. Es zeigte sich, daß nach trockener Verfütterung des Bazillus derselbe sich regelmäßig in den Lungen nachweisen ließ, auch wenn alle übrigen Organe völlig frei von ihm waren. Da hierdurch der Gedanke an eine Aspiration der Bazillen von der Mundhöhle aus nahegelegt wurde, wurden dieselben als Klysma in physiologischer Kochsalzlösung suspendiert verabreicht, wobei durch Einwickeln der Versuchstiere dafür gesorgt war, daß dieselben den Prodigiosus nicht am Körper verschmieren konnten. Immer auch Luftkontrollen. Auch hier fand sich der Prodigiosus immer in der Lunge. Auch das Vorbinden einer Maulkappe änderte niemals etwas an dem Resultat. Nachdem sich nun durch Untersuchung des Inhalts der verschiedenen Darmabschnitte und des Magens gezeigt hatte, daß der Prodigiosus innerhalb 4 Stunden nach der Verabreichung per rectum den Magendarmkanal, der Peristaltik entgegen, nach oben hin bis zum Magen durchwandert und daß er sich nach dieser Frist oft in ganz außerordentlichen Mengen schon im Magen findet, lag der Gedanke nahe, daß der Bazillus auch weiterhin den Ösophagus hinauf in die Rachenhöhle wandert und daß er dann von hier aus besonders durch die dem Tode der Versuchstiere vorausgehenden tiefen Atemzüge in die Trachea und Lunge aspiriert wird. Es ließ sich dies auch durch eine Anzahl von Experimenten ganz einwandfrei erweisen, speziell bleibt nach der Unterbindung des Ösophagus der Prodigiosus (außer in den pathologischen Fällen, wo er auch in anderen Organen nachweisbar war) ganz regelmäßig aus der Lunge weg. Diese neuen Tatsachen werfen insbesondere ein Licht auf die Untersuchungen von Schloßmann und Engel, welche Tuberkelbazillen durch Laparotomie in den Magen von Meerschweinchen hineinbrachten und sie später in den Lungen dieser Tiere nachweisen konnten, indem sie Lungenteilchen auf neue Meerschweinchen verimpften. Vortr. glaubt, daß die Befunde der genannten Autoren lediglich durch diese, ihnen noch unbekannte Fehlerquelle zu erklären sind und daß somit ihre Experimente den von ihnen angestrebten Beweis nicht erbringen können, daß Tuberkelbazillen auf demselben Wege wie die Nahrung, also auch mit etwa derselben Geschwindigkeit den Darm passieren können.

In der Diskussion bemerken Engel und Schloßmann, daß es bewiesen werden müsse, daß sich Tuberkelbazillen ähnlich verhalten wie Prodigiosusbazillen.

Rietschel zieht zur Analogie die Versuche von Calmette über die Anthrakose herbei. Im Schlußwort meint Uffenheimer, daß gerade die Kohlenversuche nicht verläßlich sind, weil die Anwesenheit von Kohle in der Nahrung sich nicht vermeiden läßt. Er bezweifelt, daß Schloßmann mit der Annahme verschiedenen Verhaltens von Prodigiosus- und Tuberkelbazillen recht hat. Den Experimenten stellen sich große technische Schwierigkeiten entgegen.

Salge (Dresden): **Einige kalorimetrische Untersuchungen betreffend die Resorption bei Säuglingen.**

Der Verf. bezeichnet die berichteten Versuche als eine Vorarbeit seiner Studien über die Atrophie des Säuglings. Sie bezwecken festzustellen, ob und wie weit bei diesem Zustand eine Störung vorhanden ist und zur Erklärung herangezogen werden kann. Zunächst wurden einige gesunde Ammenkinder untersucht, wobei sich ein Verlust von 4—6 % zeigte, so daß also etwa 95 % der eingeführten Energie durch den Darm in den Körper übertreten. Versuche an einem Kind, das bei Frauenmilch gut gedieh, aber stets schlechte grüne, zerfahrene und vermehrte (4—6) Stühle am Tage hatte, lehrten, daß bei diesem Kinde die Resorption durchaus normal war, so daß also aus dem Aussehen des Stuhles nicht auf eine gute oder schlechte Resorption ohne weiteres geschlossen werden kann. Weitere Versuche an Kindern, die unmittelbar vorher schwere akute Darmstörungen durchgemacht hatten, zeigten, daß die Darmfunktion in bezug auf die Resorption völlig ungestört war. Dasselbe zeigte sich auch bei einem atrophischen Kind, das trotz genügender Nahrungszufuhr und guter Resorption während des 3tägigen Versuchs abnahm. Die Versuche scheinen darauf hinzudeuten, daß wenigstens für Frauenmilch, die hier ausschließlich zur Verwendung gelangte, schwere Darmerkrankungen keine tiefgreifende Störung der Resorptionstätigkeit des Darmes zu hinterlassen brauchen, und daß es deswegen wenig wahrscheinlich ist, daß eine erhebliche Störung und Herabsetzung der Resorption zur Erklärung des eigentümlichen Zustandes, den wir mit Atrophie bezeichnen, heranzogen werden kann, doch sollen bindende Schlüsse erst gezogen werden, wenn das Resultat weiterer Untersuchungen, die jetzt im Gange sind, vorliegen werden.

Sitzung am 17. September 1906.

Vorsitzender zuerst: Fischer, dann Rauchfuß.

Feer (Basel): **Über den Einfluß der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder.**

Eigenartige oder schädliche Folgen, beruhend auf der Blutsverwandtschaft der Eltern an sich, sind nicht erwiesen. Die Eigenschaften und Krankheiten der Nachkommen blutsverwandter Eltern erklären sich aus den sonst gültigen Tatsachen der Vererbung. Einige seltene Krankheitsanlagen, so diejenigen zu Retinitis pigmentosa und angeborener Taubstummheit erlangen mehr wie andere eine gesteigerte Vererbungsintensität, wenn sie sich bei beiden Teilen eines Elternpaares vorfinden. Da nun die Wahrscheinlichkeit, daß die betreffenden Anlagen bei beiden Eltern vorhanden sind, a priori in Verwandtenehen größer ist, als in Nichtverwandtenehen, so begünstigt diese besondere Tendenz der Retinitis pigmentosa und der angeborenen Taubstummheit zu zweigeschlechtlicher Entstehung das Auftreten dieser Krankheiten bei den Kindern blutsverwandter Eltern.

In der Diskussion macht Weinberg u. a. Einwände gegen die Verwertung der Ahnentafeln gegenüber dem Stammbaum. Hamburger fragt bezüglich der Verwandtenehen zwischen Bruder und Schwester bei den alten Ägyptern. Im Schlußwort widerlegt Feer die Einwände Weinbergs insbesondere bezüglich der Definition der Belastung.

F. Hamburger (Wien): **Über Eiweißresorption beim Säugling.**

Vortr. zeigt, daß die Frage der Eiweißresorption überhaupt erst durch die biologische Forschung direkt dem experimentellen Studium zugängig wurde; während es beim Erwachsenen, wie er und andere schon früher gezeigt haben, nie zur Resorption von unverändertem Nahrungseiweiß kommt, findet eine solche, wenn auch in beschränktem Maße, beim natürlich ernährten Säugling in den ersten Lebenstagen statt und kann unter Umständen durch mehrere Wochen nach der Geburt andauern. Ob bei künstlicher Ernährung, also bei Ernährung mit artfremder Milch, Eiweißresorption stattfindet, läßt sich nicht direkt beweisen. Es ist aber nicht unwahrscheinlich; denn artfremdes Blutserum und Eiereiweiß

können vom Neugeborenen in den ersten Tagen freilich nur zum geringsten Teil resorbiert werden. Die resorbierte Menge beträgt nach den Untersuchungen des Vortr. kaum mehr als den tausendsten Teil der eingeführten Menge. Der größte Teil des Eiweißes wird schon in den allerersten Lebenstagen verdaut, und zwar nicht nur bei Ernährung mit artfremder, sondern auch bei Ernährung mit artgleicher Milch.

Langstein (Berlin): **Das Verhalten der Milcheiweißkörper bei der enzymatischen Spaltung.**

Versuche von Zentner über die Einwirkung von Magensaft auf Kasein und Albumin der Milch (Präparate von P. Bergell) ergaben, daß das Kasein schneller abgebaut wird als das Albumin. Auch das Verhalten dieser gegenüber dem Pankreassaft (Bergell), gegenüber dem Erepsin, und die Schnelligkeit der Aufsprengung des Kaseinmoleküls im intermediären Stoffwechsel, beurteilt nach der Kurve der Stickstoffausscheidung, sprechen nicht gegen dessen Schwerverdaulichkeit.

An die Vorträge von Hamburger und Langstein schließt sich eine lebhafte Diskussion, an der sich außer diesen beiden Schloßmann, Uffenheimer und Salge beteiligen. Es handelt sich insbesondere um die Frage, ob das Antitoxin Indikator für Eiweiß ist. Diese Annahme macht Hamburger im Gegensatz zu Uffenheimer, Langstein und Salge. Hamburger wirft Langstein vor, ihn mißverstanden und nicht richtig zitiert zu haben, als er ihm die Behauptung zuschrieb, das arteigene Eiweiß werde vor der Resorption abgebaut. Dem Einwand Hamburgers, man könne koaguliertes Albumin und Kasein nicht vom physiologischen Standpunkte vergleichen, begegnet Langstein im Schlußwort mit der Wiederholung der in seinem Vortrag gebrachten Tatsache, daß diese Versuche als erstes Glied einer großen Reihe notwendig gewesen seien.

Langstein (Berlin): **Die Beurteilung der Fäulnis bei verschiedenartiger Ernährung.**

Nach einer Übersicht über die Bedeutung der Fäulnisprodukte im Harn betont er, auf die Verhältnisse beim Ikterus verweisend, die Notwendigkeit, sämtliche Fäulnisprodukte im Harn nebeneinander zu bestimmen, speziell auch die organischen Säuren. Dieser Aufgabe hat sich Soldin unterzogen; er zeigte, daß die Phenol-, Indikan- wie Ätherschwefelsäurewerte bei Ernährung mit Frauenmilch am kleinsten, mit Kuhmilch am größten sind, Buttermilchernährung ähnliche Verhältnisse zeitige wie die Ernährung an der Brust. Doch schnellen die Werte für die organischen Säuren bei Ernährung mit Buttermilch stark in die Höhe.

Finkelstein (Berlin): **Zur Ätiologie der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.**

Die bisherigen Versuche, klinische Beweise für die Rolle des Kuhmilcheiweißes in der Ätiologie der Ernährungsstörungen der Säuglinge zu geben, sind ergebnislos gewesen. Eine Aussicht, etwas Positives über seine differente Wirkung festzustellen, schien das Studium der Verdauungsleukozytose zu eröffnen. Moro hat deren Auftreten bei erstmaliger Darreichung von Kuhmilch an Brustkinder kennen gelehrt und es für möglich erklärt, daß sie als Wirkung des artfremden Eiweißes anzusehen sei. Die Nachprüfungen haben gezeigt, daß die Leukozytose vorhanden ist, allerdings nur bei einem Bruchteil der Kinder. Indessen ist sie nichts Spezifisches, sondern zwischen Kuhmilch und Frauenmilch bestehen nur quantitative Differenzen. Denn bei geschädigtem Darm erzeugt auch Frauenmilch Leukozytose. Dagegen, daß das Eiweiß immer die Ursache des Phänomens sei, spricht die Feststellung, daß es nur einmal gelang, durch Kasein einen Umschlag zu erzielen. Negativ waren auch die Versuche an solchen Kindern, die auf Kuhmilch reagierten. In einem Falle wurde auch durch Fett eine Leukozytose hervorgerufen. Es kann also die Verdauungsleukozytose nicht als Stütze einer Bedeutung des artfremden Eiweißes dienen. Da auch andere sichere Beweise fehlen, ist es an der Zeit, andere Milchbestandteile für die Nachteile der Kuhmilch verantwortlich zu machen. Untersuchungen über solche — Salze und Molke — sind in Finkelsteins Anstalt begonnen, worüber L. F. Meyer berichten wird.

Ludwig F. Meyer (Berlin): **Beitrag zur Kenntnis der Unterschiede zwischen Frauen- und Kuhmilchernährung.**

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, aufs neue die Frage anzugehen, welcher Bestandteil der Kuhmilch als Ursache der Schwerverdaulichkeit der Milch ange-

sprochen werden muß. Er hat zu diesem Zweck an je drei Kinder zweierlei Nährgemische verabreicht, von denen das eine aus Frauenmilchmolke, Kuhmilchfett und Kuhmilchkasein bestand, während das zweite die Molke der Kuhmilch, Fett und Kasein der Frauenmilch enthielt. Schwierigkeiten bereitete die Labgerinnung der Frauenmilch; erst nach längeren Versuchen fand Verf. mit Hilfe der Anwendung von Kälte und Zufügung ganz geringer Mengen Salzsäure einen sicheren Weg, die Labkoagulation zustande zu bringen. Durch das Resultat der Ernährungsversuche mit beiden Nährgemischen konnte eine Entscheidung erwartet werden in der vielumstrittenen Frage von der Schwerverdaulichkeit des Kuhkaseins. Sämtliche Kinder zeigten bei der Ernährung mit Brustmilchmolke, Kuhmilchfett und Kasein gute und regelmäßige Zunahme; Allgemeinbefinden, Temperatur, Zahl und Aussehen der Stühle unterschieden sich in nichts von den resp. Funktionen bei Ernährung mit Brustmilch. Ganz anders war das Ernährungsresultat beim zweiten Nährgemisch, das Kuhmilchmolke, Frauenmilchfett und Kasein enthielt. In kürzester Frist, schon nach zwei Tagen, zeigten alle so ernährten Kinder Störungen der Ernährung, die beiden kräftigeren Kinder die Symptome der Dyspepsie, häufige grüne dünnflüssige Stuhlentleerungen, erhöhte, stark schwankende Temperatur, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Die Gewichtsabnahme betrug in 8 Tagen 130 g in beiden Fällen. Am intensivsten reagierte das dritte untergewichtige Kind. Bei ihm entwickelte sich das typische Bild des Enterokatarrhs bzw. der Intoxikation. Die Temperatur stieg auf 39,3, wässerige, spritzende Stühle, Benommenheit usw. waren vorhanden. Der Gewichtsverlust betrug in 4 Tagen 340 g. Dabei zeigte sich während der Dyspepsie des einen Kindes der typische Kaseinbröckelstuhl der Biedertschen Schule, der dieser das Zeichen gestörter Kuhkaseinverdauung ist; indes trat dieser Stuhl auf bei einer Nahrung, die nur das Kasein der Frauenmilch enthält. Aus dem Versuchsresultat folgert Verf.: Die Unterschiede in der Wirkung zwischen Frauen- und Kuhmilch dürfen nicht mehr in den verschiedenen Kaseinen und deren leichter oder schwerer Verdaulichkeit gesucht werden. Die gute Verdauung und Assimilation des Kuhkaseins spricht ferner gegen die Bedeutung des arteigenen Eiweißes in der Ernährung. Die Hauptdifferenz in der Wirkung beider Milcharten besteht vielmehr in der Verschiedenheit beider Molken, und zwar sowohl in bezug auf ihre Fermente, als auch auf ihre anorganischen Salze oder deren Relation zu den Nährstoffen.

Auf die beiden letzten Vorträge folgt eine äußerst anregende Diskussion. Hamburger fragt, wieviel Fälle bezüglich der Leukozytose untersucht seien und behauptet, daß der dritte Versuch von Meyer nichts beweise. Finkelstein bewertet die Zahl der Untersuchungen mit 30—40, Hamburger meint, daß mit Rücksicht auf den verschiedenen Ausfall der Leukozytoseversuche Schlußfolgerungen kaum zu ziehen seien. Knöpfelmacher zweifelt an der Deutung der Versuche, Pfaundler macht Bedenken gegen die alimentäre Natur der Leukozytose geltend; Keller hält den eingeschlagenen Weg für aussichtsreich, bringt die Gewichtsstürze bei den Versuchen von Meyer mit dem Übergang von salzreicher zu salzarmer Kost in Beziehung; Langstein wendet sich gegen die Deutung der Milchbröckel durch Knöpfelmacher.

Schlußwort: Finkelstein und Meyer betonen zu Hamburger, daß die Versuche nicht abschließend sind, daß sie aber wenigstens beweisen, daß Kuhmilchkasein nicht die schädliche Rolle spielt, die ihm vielfach zugeschrieben wurde, und daß man den Verhältnissen der Molke Beachtung schenken müsse. Knöpfelmacher und Pfaundler entgegnen sie, daß Anhaltspunkte für Infektionen nicht vorhanden sind, während andererseits die alimentäre Natur solcher Schädlichkeiten sich klinisch wohl beweisen läßt.

Moro (Graz): **Natürliche Darmdesinfektion.**

Falls die sogenannten Darmantiseptica im Darm tatsächlich desinfizierend wirken, was bisher noch unbewiesen ist, so erstreckt sich ihr deletärer Einfluß auch auf die normalen Darmbakterien. Deren Lebenskraft ist es aber großenteils zu verdanken, daß die schädigenden Mikroben im Darm überwunden und eliminiert werden. Die Darmantiseptica arbeiten demnach der natürlichen Reparation entgegen. Es liegt nahe, die Entwicklung der normalen Darmbakterien gegebenenfalls zu fördern. Dies kann auf zwei Wegen erreicht werden: Entweder durch die Einfuhr nützlicher Darmbakterien oder durch die Veränderung des Darminhalts zugunsten einer elektiven Entwicklung normaler, im Darm jederzeit vorhandener Bakterienarten. Bei der oralen Einverleibung sind jedoch zum Zweck

einer nennenswerten Desinfektion sehr große Bakterienmengen notwendig. Besser bewährt sich der anale Weg bei infektiösen Prozessen des Dickdarms. Das Bacterium coli hemmt in eminenter Weise das Wachstum von Ruhr- und Typhusbazillen. Im geeigneten Falle ist demnach die Applikation junger Kolikulturen per Klysma angezeigt. Als Vehikel dient mit Vorteil flüssiges Agar, das bei 40° C. erstarrt. Idealer ist der zweite Weg. Dafür gibt uns die Natur ein glänzendes Vorbild. Die Ernährung mit Frauenmilch hat nämlich zur Folge, daß im Darm eine einzige Bakterienart zur rapiden Entwicklung gelangt, der Bacterius bifidus. Seine dominierende Herrschaft verhindert die Ansiedelung und das Aufkommen fremden Mikroben. Nun ist aber diese Art in jedem menschlichen Darm, obgleich zuweilen in verschwindender Zahl vorhanden. Sobald aber in einem Darm, der den Bifidus enthält, Frauenmilch gelangt, so erwacht der Bifidus in kürzester Zeit zu elektivem stürmischen Wachstum; so läßt sich jeder infizierte Darm natürlich desinfizieren.

Sitzung am 18. September 1906.

Vorsitzender: Escherich.

Camerer jun. (Stuttgart): **Untersuchungen über die Ausscheidung des Milchfettes.**

Bei graphischer Darstellung ergibt sich geradliniges Ansteigen des Fettgehaltes der Frauenmilch. Die Ursache ist noch hypothetisch. Vergleicht man den Fettgehalt der Milch verschiedener Frauen, so ergeben sich starke Variationen. Einfluß der Laktationszeit ist nicht mit Sicherheit erwiesen. Von dominierendem Einfluß ist die Individualität. Den Fettgehalt behält die Milch in den verschiedenen Laktationen desselben Individuums bei. Der Einfluß der Rasse ist nicht entschieden. Die Menstruation scheint keinen Einfluß zu haben, ebenso nicht Zugabe von Laktagol. Vermehrte Zufuhr von Fett erhöht nicht wesentlich den Fettgehalt der Frauenmilch, doch lassen sich deutliche Ausschläge erzielen.

In der Diskussion fragt Langstein über die Einwirkung der Zufuhr von Kohlehydraten auf die Fettausscheidung, Reyher fragt nach den getrunkenen Milchmengen, Engel wundert sich über die Ausschläge, die Camerer nach erhöhter Fettzufuhr gesehen hat. Camerer betont nochmals, daß er nur von einer geringen Beeinflussung des Fettgehaltes der Milch durch die Nahrung gesprochen habe.

Hohlfeld (Leipzig): **Über den Fettgehalt des Kolostrums.**

H. weist an der Hand fortlaufender Milchanalysen, die er bei vier Ziegen ausführte, auf den quantitativen Unterschied zwischen dem Fettgehalt des Kolostrums und der reifen Milch hin. Der Fettgehalt der Milch nahm bei allen vier Tieren im Laufe der Laktation ab. Besonders steil war der Abfall, wie die graphische Darstellung vorführte, in den ersten Tagen. Dann sank die Kurve allmählich. Am steilsten war der Abfall bei dem vierten Tiere, wo der Fettgehalt am ersten Tage nicht weniger als 19,18 % betrug gegen 7,98 am zweiten, 6,07 am dritten und 4,46 am 29. Tage. Die spärlichen Analysen des Ziegenkolostrums, die in der Literatur vorliegen, ergaben ähnliche Werte.

In der Diskussion betont Engel die geringen Mengen von Fett im Frauenmilchkolostrum.

Tobler (Heidelberg): **Über Magenverdauung der Milch.**

Die allgemein geltende Auffassung verlegt auch für die Milch das Schwergewicht des Verdauungsvorganges in den Darm und betrachtet den Magen vorwiegend als Behälter, der die nur wenig vorbereitete Nahrung angemessen dosiert an den Darm weiterzugeben hätte. Untersuchung des Mageninhaltes während der Verdauung getöteter Tiere, sowie des nach einer besonderen Methodik aus einer hochsitzenden Duodenalfistel gewonnenen Verdauungsproduktes ergaben vollständig andere Resultate. Danach verläuft die Magenverdauung der Milch folgendermaßen: Nachdem innerhalb weniger Minuten die Labgerinnung eingetreten ist, wird in einer kürzeren ersten Verdauungsperiode die Molke ausgetrieben, während der aus Kasein und Fett bestehende Rest ein ziemlich kompaktes oder breiig gallertartiges Gerinnsel bildet, an dem sich der Verdauungsakt sukzessive vollzieht. Eine Durchmischung dieses Rückstandes mit dem Magensaft findet nicht statt. Vielmehr sieht man nach Verfütterung von mit Lackmusblau gefärbter Milch an Gefrierschnitten durch den abgebundenen Magen, daß der Ballen von der Schleimhautoberfläche her allseitig angedaut wird. Die verflüssigten Massen werden durch die Magenperistaltik rasch schubweise entfernt. Gerinnsel passieren

in der Regel den Pylorus überhaupt nicht. In diesem Verhalten liegt die Erklärung der uns bisher unverständlichen physiologischen Bedeutung des Labprozesses. Er ermöglicht dem Magensaft, dessen Absonderungsmaximum ja entgegen dem Verhalten bei Fleisch- und Brotnahrung erst in die zweite und dritte Stunde fällt, konzentriert auf sein Objekt einzuwirken. Die widersprechenden Resultate, die Ausheberungen des Mageninhalts liefern, erklären sich daraus, daß die Voraussetzung derselben, die gleichmäßige Durchmischung des Mageninhalts, nicht besteht und daß es außerdem, wie sich an Röntgenbildern kontrollieren läßt, fast nie gelingt, den Magen quantitativ auszuhebern oder sogar auszuspülen. Verfüttert man zunächst ein größeres Quantum gefärbter Milch und danach in kurzen Pausen während einer Reihe von Stunden kleine ungefärbte Portionen, so findet man die erstgereichte Portion von der Magenwand abgedrängt und von den späteren Portionen schichtweise umgeben; so gelangt die letztverabfolgte Menge zuerst zur Verarbeitung, während sich in der älteren Nahrung Zersetzungsvorgänge abspielen können.

Schaps (Berlin): **Über Salz- und Zuckerinfusion beim Säugling.**

Vortr. macht durch Temperaturkurven wahrscheinlich, daß die Anwesenheit von Kohlehydraten, bzw. Zucker in der Nahrung imstande ist, Fieberreaktionen mit unregelmäßig remittierendem Gang hervorzurufen. Zuckerinfusionen sollten diese Deutung verifizieren. In der Tat waren sie imstande, Fiebersteigerungen auszulösen von einer Eigentümlichkeit, die sehr an einen Immunisierungsvorgang erinnert. Analog verhielten sich die Infusionen von Kochsalzlösung. Aus diesen wie anderen Gründen ist Vortr. der Meinung, daß die Reaktionen auf Zuckerinfusion als Salzwirkung anzusehen sind.

In der Diskussion fragt v. Pirquet (Wien) nach den infundierten Salzmengen und betont, daß die Fieberbewegungen bei Kochsalzinfusionen schwer verständlich seien. Langstein fragt nach den Ausscheidungsverhältnissen der injizierten Zucker, Finkelstein kommt im Schluß nochmals auf die Bedeutung und Veranlassung vorliegender Versuche zurück.

Knöpfelmacher (Wien): **Versuche über subkutane Injektion von Vakzine.**

Vortr. hat an 17 Kindern Immunisierungsversuche mittels subkutaner Injektion von stark verdünnter Lymphe (1 : 1000 physiologische Kochsalzlösung), und zwar in der Menge von 1 : 2 ccm gemacht. Am 13. Tag oder noch später wurde in allen Fällen eine Hautimpfung an drei Impfstellen mittels Skarifikation am Oberarm angeschlossen. Hierbei hat sich gezeigt, daß diese ergebnislos blieb. Vortr. macht auf die praktische Bedeutung aufmerksam.

Bernheim-Karrer (Zürich): **Hirschsprungsche Krankheit.**

Trotz der vom 23. Lebenstage an in einem Fall konsequent durchgeführten Drainage des Darmes und dadurch erzielten Verhinderung von Meteorismus wurden bei der Sektion des im Alter von $2^1/_4$ Jahren verstorbenen Kindes nur das typische Megalokolon gefunden. Die Erweiterung begann vor dem Rektum; eine nennenswerte Hypertrophie der Muskulatur fand sich nicht. Es muß sich hier demnach um primäre Erweiterung des Dickdarms gehandelt haben.

Rommel (München): **Dauerwägungen von Säuglingen** (in Gemeinschaft mit Dr. Hamel).

Die Kinder wurden unter Beobachtung ihrer Eigentemperaturen, der Zimmertemperatur und relativen Luftfeuchtigkeit während 3—6 Tagen auf der Wage beobachtet. Dabei wurde das Verhalten der Kinder genau registriert (Wachen, Schlaf, Unruhe, Schreien), ebenso wurden die Nahrungsaufnahme, die flüssigen und festen Entleerungen bestimmt und in Rechnung gesetzt. Die Untersuchungen, welche darauf hinzielten, mittels der Wage einen Einblick in den Kraftwechsel des Säuglings zu gewinnen, unter besonderer Berücksichtigung der Perspiratio insensibilis, führten zu den Ergebnissen, daß diese abhängig ist: vom Alter und der Individualität der Kinder und ihrem jeweiligen Zustand. (So wird sie verstärkt durch Unruhe und Geschrei, verringert durch Schlaf und Ruhe.) Ferner ist sie abhängig von der Ernährung, am geringsten ist sie an der Brust, am größten bei künstlicher Ernährung und speziell bei eiweißreicher Kost, was im Sinne Rubners als sekundärer Wärmezuwachs bei abundanter Eiweißfütterung zu deuten ist. Am größten scheint sie unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme. Ferner ist sie abhängig von der Umgebungstemperatur und der relativen Luftfeuchtigkeit, was insbesondere für frühgeborene und atrophische Kinder von Bedeutung sein dürfte; sie wird erhöht durch das Bad. Der Autor demonstriert seine Darstellung graphisch.



Selter (Solingen) teilt die **Analyse** von großen **Milchbröckeln** mit, die auf Trockensubstanz berechnet, 25% Fett, 50% Eiweiß und 20% Salze enthielten. Er hält demnach daran fest, daß die Kuhmilch an der Bildung von Milchbröckeln nicht in allen Fällen unbeteiligt sein könne.

In der Diskussion betont Langstein die Zwecklosigkeit der Analysen, und die Unmöglichkeit, Schlüsse aus ihnen zu ziehen. Söldner macht einen methodischen Einwand, Tobler glaubt nicht, daß Kaseinbrocken in den Darm übergehen.

IV. Therapeutische Notizen.

Pyrenol wendet Dr. E. Toff (Braila) mit bestem Erfolge bei Kindern an, die an entzündlichen Affektionen des Respirationstraktus leiden. Er kombiniert es hier gern auch mit Kreosotal.[1] Die Kinder nehmen in 24 Stunden vom Pyrenol 0,5—1 g in Lösung (stündlich 1 Kaffeelöffel), und es zeigt sich bald eine Erleichterung der quälenden Symptome. (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 35.)

Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter empfiehlt Dr. P. Sittler (Universitätspoliklin. f. innere und Kinderkrankheiten in Straßburg). Derselbe benutzte drei verschiedene Hefepräparate: Levurinose, Levure Adrian (beide in Pulvern zu 1 g) und Levuretin (in Tabletten von 0,5 g). Das letztere Präparat schien sich am besten zu bewähren (3—4—5 Tabletten pro die, je nach dem Alter); von den beiden andern wurden 1—2—3 g pro die verabreicht. Die Präparate wurden fast immer anstandslos genommen und gut vertragen. Die meisten Patienten befanden sich im 1. Lebensjahr, das jüngste (mit Erfolg) behandelte Kind war 2 Wochen alt. Das Hefepräparat wurde den (natürlich auch diätetisch behandelten) Kindern fein verrührt in abgekühltem, gesüßtem Tee (oder Zuckerwasser) gegeben. Auffallend war der Erfolg bei den mit starker Fäulnis des Darminhaltes einhergehenden Enteritiden; der schlechte Geruch der Stühle besserte sich fast immer gleichzeitig mit einer Verminderung der Zahl derselben. Aber auch die anderen Enteritiden reagierten meist gut auf Hefe. Bei Gastroenteritis hörte das Brechen prompt auf. In einigen Fällen wurde die Enteritis bzw. Gastroenteritis durch Hefe allein zur Heilung gebracht; darunter befanden sich schwere Fälle, die weder auf Calomel, noch auf Wismut, Tannalbin, Darmspülungen usw. reagiert hatten. Später wurden manchmal Hefepräparate daneben gegeben, und diese Kombination hatte Erfolg. Besonders bei hartnäckigen Fällen, aber auch bei leichteren, ist ein Versuch mit Hefe durchaus angezeigt.

(Münchn. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.)

Beiträge zur Therapie der Helminthiasis. In einer so betitelten Arbeit empfiehlt Bergarzt Dr. H. Goldman (Brennberg) warm das Taeniol der Firma Krewel & Co., das in drei Stärken in den Handel kommt, und zwar für Erwachsene und Kinder über 10 Jahre in Gelatinekapseln, für kleine Kinder in Schokoladepastillen. In vielen hundert Fällen von Ankylostomiasis hat es sich G. bestens bewährt, und ebenso bei Ascaris und Oxyuris. G. verfügt über Fälle, bei denen er mit einer einzigen Taeniolkur eine heftige Ascaridiasis heilen konnte, die jahrelang allen möglichen Mitteln hartnäckig widerstand; allerdings müssen eventuell solche Kuren wiederholt werden. Von Taenien hat G. 6 Fälle mit Taeniol behandelt; 5mal ging die Taenie nach einer Kur ab, 1mal erst nach der Wiederholung. Gute Entleerung des Darmes ist auch bei dieser Kur Erfordernis; es wird von der Firma jeder Taenioldosis eine Anzahl von sicher purgierenden Mitteln mitgegeben, von denen ein Teil vor der Kur, ein Teil nachher zu nehmen ist. Da Taeniol ungiftig ist, braucht man nicht auf seine rasche Eliminierung zu sehen, im Gegenteil ist es besser, das Mittel länger einwirken zu lassen, d. h. das Abführmittel erst 1—2 Stunden nach der letzten Taeniolkur anzuwenden. Die sogenannte Vorkur kann wegbleiben.

(Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.)

---

[1] Vgl. dieses Blatt 1904 Nr. 10.



Diätetische Beobachtungen an Lungenkranken veröffentlichen Dr. W. v. Stoutz und Dr. H. Ulrici (Görbersdorf). Odda hat sich bekanntlich als Kindernährmittel infolge seiner Zusammensetzung aus den wichtigsten Gruppen der Nahrungsstoffe, der Qualität der Komponenten und der Schmackhaftigkeit bestens bewährt. Die Verff. benutzten nun zur Ernährung ihrer (erwachsenen) Phthisiker Odda M-R. (für Magenkranke und Rekonvaleszenten), welches Präparat sich von dem Kindernährmittel durch den größeren Gehalt an Eiweiß und Fetten unterscheidet. Es enthält: Eiweiß 16,56 %, Fett 8,03 %, Kohlehydrate 68,14 %, Mineralstoffe 2,87 % (darin Kalk 0,44 % und Phosphorsäure 0,82 %), Wasser 4,4 %. Es wurde den Patienten Oddasuppe (20 g Odda auf 1 Tasse = 250 g Milch) gegeben, und da der Brennwert von 1 g Odda = 4,3 Kalorien, von 1 g Milch = 0,67 Kalorie ist, repräsentiert 1 Tasse der Suppe etwa 250 Kalorien. Die Suppe bewährte sich sehr gut bei den Phthisen, unter denen recht schwere Fälle waren; in einer Anzahl von Fällen trat die Gewichtszunahme sogar recht auffallend in Erscheinung. Auch bei fieberhaften Fällen und solchen mit schweren Blutungen schöne Erfolge! Odda wirkt etwas verstopfend, was bei subakuten und chronischen Darmkatarrhen recht vorteilhaft war. Will man diese Wirkung nicht, so kann man sie durch Zugabe von Milchzucker oder Somatose aufheben. Oddasuppe wurde auch längere Zeit hindurch gern genommen. Der Preis ist mäßig (400 g = 1,80 Mk.).

(Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. Dr. M. Neu (Univers.-Frauenklinik Heidelberg) nennt Gelatine ein fast typisches Mittel bei der Therapie dieser Affektion. Sie wird in Mengen von 10—20 cm^3 (10 %ige Lösung) am besten in einen der Oberschenkel injiziert, und zwar so frühzeitig als möglich, d. h. nach den ersten sicheren Anzeichen des Leidens. Der Praktiker benutzt am besten die Mercksche 10 %ige „Gelatina sterilisata pro injectione“.

(Mediz. Klinik. 1906. Nr. 41.)

Zur Keuchhustenbehandlung schreibt Sanitätsrat Dr. Körner in Trebnitz (Schlesien): „Ein an Keuchhusten leidendes ca. 7 Jahre altes Kind erkrankte an Diphtherie und Larynxstenose, so daß die Tracheotomie ausgeführt werden mußte. Nach dem Luftröhrenschnitt sistierten sofort die Stickhustenanfälle, und es blieb nur übrig, die noch bestehende Bronchitis zu behandeln, welche unter der bei tracheotomierten Kindern üblichen und notwendigen Anwendung von Wasserdämpfen zugleich mit den entzündlichen Erscheinungen im Larynx und in der Trachea sich zurückbildete. Dieser eine Fall, welcher mir den Nutzen der Tracheotomie bei Keuchhusten deutlich vor Augen führte, dürfte ein Fingerzeig sein, bei schweren Fällen von Tussis convulsiva, die durch besonders hochgradigen Spasmus glottidis, Cyanose oder eklamptische Zufälle kompliziert sind, durch den Luftröhrenschnitt lebensrettend und kupierend einzugreifen. Zur Verflüssigung der zähen Sekrete müßte ebenso wie nach Tracheotomie bei kruppöser bzw. diphtheritischer Larynxstenose neben Expektorantien permanente Anwendung von Wasserdämpfen stattfinden.“ (Therap. Monatshefte, Sept. 1906.)

Zur Behandlung der Angina lacunaris hat Dr. K. Gerson (Schlachtensee) im vorigen Jahr zwecks Entleerung der tonsillären Lakunen ihre Sondierung mittels der Hohlsonde empfohlen. Man setzt die Sonde mit nach oben gerichteter Hohlrinne auf einen weißen Punkt der Tonsille und schiebt die Sonde langsam in den lakunären Gang vor; sie drängt so den Lakuneninhalt, zumal bei Zuhilfenahme leicht rotierender Bewegungen, heraus, den man in der Hohlrinne auffängt. Nun hat es sich gezeigt, daß die Lukunen sich mit der Zeit wieder füllen. Um dies zu vermeiden, braucht man bloß nach Entleerung der Lakunen in diese mittels der Hohlsonde eine Ätzflüssigkeit hineinzubringen, am einfachsten, indem man zunächst die desinfizierte Hohlsonde in Acid. carbolic. liquef. taucht, sie dann in die Lakune einführt und an ihrem äußeren Rande ein wenig hebt; die Ätzflüssigkeit läuft dann in den Lakunengang und verätzt dessen Wände, vernichtet dabei auch die in der Lakune enthaltenen Bakterien, so auch die nicht selten daselbst weilenden Diphtheriebazillen. Durch das Verfahren dürfte manche Ansteckung verhütet werden, nicht nur mit Diphtherie, sondern auch mit anderen Infektionskrankheiten, deren Träger in den Tonsillen festsitzen. Für das Verfahren kommen freilich nur solche Tonsillen in Betracht, auf deren Oberfläche weiße Punkte das Vorhandensein von lakunären Pfröpfen verraten; diese sind also, auch beim



Fehlen akuter Tonsillitis, in jedem Falle schon aus prophylaktischen Gründen zu entfernen. Man wiederholt die Ätzung am folgenden Tage, wodurch auch die Verödung der Lakunen und damit eine Verkleinerung der Tonsillen selbst bewirkt wird. Zur Ätzung hat sich Acid. carbolic. liquef. besonders bewährt; man kann aber auch Argentumlösung, Acid. nitric. dil., Acid. sulfur. dil. und dergl. benutzen. (Mediz. Klinik. 1906. Nr. 39.)

Ein neues Couveusenmodell für die Behandlung frühgeborener und debiler Kinder empfiehlt Dr. O. Rommel (München). Das neue Modell erfüllt folgende Forderungen: 1. Einfachheit und Sicherheit im Betriebe; 2. Sterilisierbarkeit; 3. genügende Helligkeit, Ventilation und Luftfeuchtigkeit; 4. genaue Einstellung der Temperatur bzw. Dosierbarkeit der Wärmezufuhr. Es hat sich im Münchener „Säuglingsheim" zur vollsten Zufriedenheit bewährt. Hersteller: C. Stiefenhofer in München. (Münchn. med. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.)

V. Monats-Chronik.

Im Verlag von Otto Tobias in Hannover erscheint unter dem Titel **„Das Kind"** eine neue Monatsschrift für Kinderpflege, Jugenderziehung und Frauenwohl. Dieselbe wird unter Mitwirkung von Ärzten, Pädagogen und Frauen von Dr. Eugen Neter, Kinderarzt in Mannheim, herausgegeben und kostet ganzjährig 3,50 Mk.

Ludwigshafen. Für die Volksschulen werden **Schulärzte** angestellt.

Wilmersdorf. Ein **Säuglingsheim** für 20 Kinder ist eröffnet.

Urach. Med.-Rat Dr. Camerer ist zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für Kinderheilkunde ernannt.

Solingen. Für das **Walderholungsheim** und die **Waldschule** für schwächliche Kinder stifteten die Gebrüder Coppel 40000 Mk.

Augsburg. Die städtische **Schulverwaltung** verabfolgt an die Eltern der in Volksschulen aufzunehmenden Kinder Fragebogen, um Auskunft über etwaige von den Kindern überstandene Krankheiten, Unfälle und sonstige körperliche, sowie auch geistige Gebrechen zu erlangen. Diese Angaben, die streng vertraulich behandelt werden, sollen im erzieherischen Interesse dem Lehrer die Möglichkeit gewähren, auf die etwaigen Fehler und Mängel der Kinder Rücksicht zu nehmen, damit ungerechte Anforderungen und Bestrafungen vermieden werden.

München. Die vom Magistrat genehmigte **Dienstanweisung für Schulärzte** erfordert 1. die Untersuchung des Gesundheitszustandes der Kinder; 2. die Abgabe von Gutachten und Vorschlägen für die zu treffenden Maßnahmen; 3. die Überwachung der gesundheitlichen Verhältnisse der Klassenzimmer, Schulgebäude und Einrichtungen von Hilfsschulen, Kindergärten, Kinderhorten und privaten Unternehmungen für Erziehung und Unterricht, soweit diese dem Stadtmagistrate unterstellt sind; 4. die Erledigung der sonst vom Magistrat bzw. der Lokalschulkommission im Benehmen mit dem k. Bezirksarzte zugewiesenen Aufgaben.

Heidelberg. Der verstorbene Prof. Vierordt hat der von ihm geleiteten Kinderklinik 3000 Mk. für Freiplätze sowie den größten Teil seiner Bibliothek vermacht.

Wien. Die neuerrichtete Dozentur für Schulhygiene ist dem Privatdozent Dr. phil. Burgerstein übertragen.

Graz. Dr. Langner, Privatdozent an der deutschen Universität in Prag, ist zum a. o. Professor für Kinderheilkunde ernannt.

Buenos-Aires. Gestorben: Dr. Blancas, Prof. für Pädiatrie.



Namenverzeichnis des XI. Jahrganges.



Sachverzeichnis des XI. Jahrganges.





Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Grätzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

